ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

DES SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE PROFESSEURS DE LA FACULTÉ, DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

IIme. SÉRIE. — TOME II.

A PARIS,

CHEZ
BÉCHET jeune, Libraire de la Faculté d Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.
PANCKOUCKE, Imp.-Libraire, rue des Poitevins, N.° 14.

1833.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

MAI 1833.

De l'oblitération des veines comme moyen curatif des varices; par M. Davats.

Hippocrate et Galien piquaient les varices. Celse dit que toute veine nuisible doit être brûlée et emportée. Aëtius recommande la cautérisation et la ligature contre les varices anciennes. Paul d'Egine eut recours à l'excision et à la ligature. Albucasis, Avicenne, Severin, Fallope, n'indiquent pas d'autres traitemens; mais ils n'excisaient point comme Celse : ils découvraient la veine dans une petite étendue, la liaient et n'en excisaient qu'un pouce ou deux. Ambroise Paré conseille d'ouvrir la veine, d'en faire sortir le sang qu'elle contient, de tenir le malade en repos; il conseille la section, dans le cas d'ulcères variqueux, et termine par la ligature, dans ce qu'il dit du traitement. Guy de Chauliac, plus humoriste, voulait qu'on expulsât l'humeur mélancolique cause des varices, par les purgatifs, la saignée; qu'on liât la veine, qu'on la vidât par l'incision ou qu'on l'excisât complètement. Guillemeau veut la ligature, si la veine est sinueuse, la ponction; puis la cautérisation avec le feu ou avec les caustiques potentiels, s'il en est autrement. Les deux Fabrices plaçaient deux ligatures, puis incisaient entr'elles. Scultet rappela cette méthode.

Dionis avait recours d'abord à la ponction, puis à la compression avec un bandage roulé sur une plaque de plomb; il pratiquait la section entre deux ligatures, ou cautérisait avec le cautère actuel.

J. L. Petit calmait les douleurs, en saignant les varices. Si la tumeur était circonscrite, il enlevait la varice; mais si le cordon veineux était complètement variqueux, il incisait sur son trajet, détachait la veine et l'emportait.

Ces différentes opérations ont été répétées quelquefois avec succès par les praticiens de nos jours. Cependant, malgré ces résultats, malgré les heureuses observations de Béclard, on s'en tient encore le plus généralement au traitement palliatif, soit que la ligature, ou l'excision, ou l'ablation, tous moyens sanglans, soient trop douloureux, trop inefficaces ou trop dangereux.

Inconvéniens du traitement palliatif. — L'insuffisance du traitement palliatif des varices est depuis si long-temps connue, que déjà, du temps d'Hippocrate, on cherchait une méthode qui put le suppléer, et l'on a vu combien de chirurgiens, depuis le père de la médecine, se sont occupés de cette partie de leur art, et quels sont les moyens qu'ils ont employés et conseillés.

C'est au moyen d'un bandage roulé ou d'un bas lacé fait de coutil ou de peau de chien que se fait la compression sur une jambe affectée de veines variqueuses. Tous les chirurgiens savent combien il est difficile qu'une bande reste long-temps parfaitement appliquée. La confection régulière d'un bas lacé qui s'adapte parfaitement et toujours parfaitement, n'est pas moins difficile, car quel rapport peut-il y avoir entre un bas inextensible et un membre qui change de volume et de forme au moindre mouvement. Ce n'est pas tout : ce bas, fût-il parfait, a-t-il des résultats tels que ses avantages, comparés à ses inconvéniens, le fassent toujours préférer à toute autre méthode; examinons. Avec un bas lacé, le malade affecté de varices n'est-il pas tenu de

renoncer à toute course un peu prolongée, à tout mouvement violent, à l'équitation, à la danse, à la chasse, etc.; autrement le membre se gonfle, se tend, devient chaud, douloureux, la sueur est résorbée par le bas qui se durcit et forme autour du membre une cause constante d'irritation. Aussi la peau s'enflamme, il survient de vives cuissons, quelquefois des excoriations; le malade tourmenté et lassé défait son appareil; les varices reparaissent, la jambe se gonfle, s'œdématie; il faut attendre au lendemain pour replacer le bas. Lorsque la maladie est un peu plus avancée, on trouve que le membre s'est amoindri, a perdu de sa force; des lignes rouges désignent le trajet des veines malades; la peau qui y correspond est amincie, recouverte ailleurs d'écailles furfuracées, ou tachetée de rougeurs, et toujours traversée par des saillies et des sillons, résultats inévitables des plis du bas.

Chez l'homme riche et soigneux de son état, les choses se passent pendant long-temps à peu-près de la sorte, mais chez le pauvre, toujours insouciant de sa santé, et que le besoin de vivre force à mettre en usage le membre malade, les conséquences sont plus graves encore; c'est là que nous verrons tout le hideux d'une maladie d'aspect benin jusqu'à présent.

Les gens du peuple ne portent pas d'habitude de bandage, ou s'ils en ont un, il est mal conditionné, mal appliqué, toujours souillé de sueur ou de suppuration qui le raidissent et le rendent âpre et inégal : ils continuent leur métier très-souvent pénible. Le membre, sollicité par ces diverses causes d'irritation, s'enflamme; il survient à chaque instant des érysipèles; la peau enflammée contracte des adhérences avec le vaisseau sous-jacent; le vaisseau se dilate progressivement; la dilatation s'accompagne de douleurs excessives; il y a danger continuel de l'hémorrhagie; l'inflammation s'étend dans le tissu cellulaire autour de la veine, s'y abcède; il en résulte de petits ulcères indolens, de gué-

rison très-difficile et longue. Ces individus viennent alors à l'hôpital; on cicatrise les abcès; une pellicule très-mince se forme à la surface; mais au moindre travail, cette pellicule se rompt, et dès-lors la maladie recommence et marche rapidement, si le malade ne cesse de travailler.

Le tissu cellulaire circonvoisin de la veine s'endurcit, forme des espèces de gouttières, la jambe présente des nodosités inégales, elle est tendue, chaude, douloureuse; le malade se présente alors pour la seconde fois dans les hôpitaux.

On voit alors que les abcès se sont transformés en ulcères larges et profonds, recouverts de sanie sanguinolente. Les surfaces ulcérées sont vivement irritées; l'inflammation se propage dans les membranes des vaisseaux béans dans la plaie. En même temps, il peut y avoir résorption de pus. La phlébite devient générale et le malade succombe.

Le plus souvent, la maladie, chronique dès l'apparitiou des abcès, conserve cette marche; les ulcères s'étendent peu, la peau devient dure, écailleuse, son tissu cellulaire lardacé; le membre est pesant, pâteux, dur, froid, également volumineux dans toute son étendue; la guérison est dès-lors impossible, et ces malheureux restent ainsi sept à huit mois et plus dans les hôpitaux. Là, les uns contractent des maladies d'ennuis, des gangrènes, des pourritures d'hôpital qui les conduisent au tombeau.

Les autres, jeunes encore et dont la force vitale est assez grande pour résister à ces maladies intercurrentes, sont pour l'avenir dans l'impuissance de travailler. Combien, à peine arrivés à 36 ou 40 ans, incapables de soutenir leurs familles, ne pouvant même plus satisfaire à leurs propres besoins, restent ainsi à la charge de la société qui doit les nourrir; et le nombre de ces infortunés est grand, car un tiers et plus des malades reçus en chirurgie dans les hôpitaux sont des gens atteints de varices ou d'ulcères.

Maintenant, si nous tenons compte de la fréquence de cette maladie, on voit qu'elle est une de celles qui se rencontrèrent le plus souvent, et dans tous les temps et dans tous les lieux; car, sur 258 hommes, on compte 71 variqueux.

Si donc, à cette maladie réputée incurable, on trouvait guérison, quel service ne rendrait-on pas à la société? quels avantages n'en retireraient pas les hôpitaux, dont les dépenses, affectées à cette seule maladie, s'élèvent au moins chaque année à plus d'un tiers de la dépense totale, pour les différens services de chirurgie.

Inconvéniens de la ligature. — Aëtius d'Amide est le premier qui parle de la ligature, et Paul d'Egine paraît l'avoir le premier mis en usage; il fut imité par Ambroise Paré. Albucasis, Dionis, Heister, y avaient recours, mais comme à un moyen hémostatique. Scultet répéta plusieurs fois l'essai qu'il en avait vu faire par Fallope; mais il pense qu'elle doit être totalement abandonnée; d'après ses observations, les plaies résultant de ce moyen cicatrisent très-difficilement.

Everard Home rappela cette opération depuis long-temps abandonnée; il liait la veine, non pas dans l'intention de l'oblitérer, mais afin d'établir au point lié un obstacle qui supporterait la colonne de sang et permettrait aux varices sous-jacentes de se contracter. Everard fut bientôt imité par Smith, Travers, Brodie, Béclard, Dupuytren.

En réunissant toutes les observations de varices ou d'ulcères variqueux, on voit que les avantages que l'on en a retirés sont bien loin de compenser les accidens qui en ont été la suite. Les ouvrages de Hunter, Travers, Hogdson, offrent à chaque page des observations de phlébite résultant de cette méthode.

De ces accidens consécutifs à la ligature, les uns sont légers; tels sont le phlegmon circonscrit, la phlébite légère

des deux bouts de la veine. Les autres sont graves et surviennent quelquefois immédiatement après l'opération, ou seulement à la chute de la ligature, ou sont intercurrens à ces deux époques; tels sont l'inflammation vive de la plaie, l'inflammation étendue du tissu cellulaire, la formation d'abcès vastes et profonds, la résorption du pus et son transport dans des organes essentiels à la vie, la chute prématurée de la ligature, des hémorrhagies parfois mortelles; enfin, ces phlébites générales qui conduisent le malade au tombeau, au milieu d'une série d'épouvantables phénomènes.

Quoi qu'il en soit, toute opération de ligature nécessite 1°. l'exposition à l'air d'une étendue plus ou moins grande de la veine, 2°. la constriction du vaisseau par un corps étranger. C'est à cette double cause, et surtout à la première, que Brodie et les autres médecins anglais ont attribué les résultats fâcheux dont ils ont été si souvent témoins.

La présence du fil dans la plaie agit rarement et peu comme cause immédiate d'inflammation: elle s'oppose seulement à la réunion par première intention; car, pour que la ligature se détache, il faut une inflammation éliminatoire qui ne survient par fois que du 15 au 20ᵉ. jour. Le retard de la chute du fil est pour le procédé de la ligature une circonstance heureuse; et nous verrons, lorsque nous parlerons du mécanisme de l'oblitération consécutif à la ligature, qu'avant le 12ᵉ. jour la veine n'est point encore complètement oblitérée. Si l'inflammation éliminatoire qui doit séparer la ligature survient du 3 au 6ᵉ. jour, qu'elle soit vive, que sa marche soit rapide, la veine n'est point encore oblitérée, on voit alors survenir une série de phénomènes très-graves. A cette chute prématurée de la ligature la plaie vivement enflammée suinte ou laisse fluer du sang en plus ou moins grande quantité. La phlegmasie de la plaie, jointe à l'action de l'air, gagne le vaisseau, envahit ses membranes

qui rougissent, s'épaississent sans se contracter. Une sécrétion purulente se fait à la surface libre de la membrane interne, et l'adhésion de ses parois est devenue impossible. L'inflammation s'est étendue avec plus de rapidité dans le tissu cellulaire du membre qui s'infiltre, augmente de volume, et dont la peau devient chaude, d'un rouge érysipélateux. Le tissu cellulaire ambiant autour du vaisseau et de ses branches se condense, s'épaissit, et pour peu qu'il soit comprimé, l'inflammation, éprouvant des obstacles à son expansion, se termine promptement par suppuration; on voit alors paraître une infinité de ces petits abcès collectifs, plus ou moins profonds.

L'inflammation remonte rapidement le long du vaisseau, comme si elle était entraînée par la circulation; elle gagne les gros vaisseaux, devient générale et le malade succombe, si on n'a pas pu l'arrêter dans sa marche, ce que Hunter, Reil, Abernethy, disent avoir obtenu en comprimant un point du vaisseau au-dessus de la portion malade.

Ce que nous venons de rapporter comme consécutif à la chute prématurée de la ligature, survient aussi très-souvent à une époque quelconque après l'opération. Les ouvrages anglais sont remplis d'observations analogues.

Nous n'avons cité jusqu'à présent que les accidens les plus communs; ils sont quelquefois instantanés et s'accompagnent d'autres phénomènes. On a cité des cas où la ligature était à peine placée qu'une hémorrhagie survînt dans l'estomac, et ne cessa que lorsqu'on eût délié le fil. D'autres fois ils sont consécutifs à l'inflammation de la plaie et surviennent alors à une époque indéterminée; d'autres fois ils ne surviennent qu'à la chute régulière de la ligature.

Si malgré tous les dangers que court l'opéré, il avait au moins la certitude de sa guérison, le procédé serait recommandable, mais souvent les varices ne cessent point et reparaissent sitôt que le malade met sa jambe perpendicu-

lairement sur le sol. Doit-on alors pratiquer de nouvelles ligatures sur les anastomoses qui établissent une circulation collatérale : autant vaudrait alors avoir recours à l'excision ou à l'incision, comme l'ont fait MM. Boyer et Richerand, qui recommandent cependant de ne pas les imiter.

Inconvénient de l'excision et de l'incision. — Les anciens chirurgiens employaient fréquemment l'extirpation qui fut tant vantée par Petit. M. Richerand a remis en vogue le procédé de l'incision, il a obtenu quelques succès. Quoi qu'il en soit, tous les dangers que nous avons reconnus à la ligature sont applicables à ces méthodes qui entraînent elles-mêmes d'autres dangers plus graves encore.

Les chirurgiens anglais, qui ont abandonné la ligature pour l'excision, ont eu après cette dernière, des résultats plus prompts et plus fâcheux qu'après la ligature.

M. Lisfranc, appréciant à sa juste valeur l'action de l'air sur le tissu des veines qui restent béantes dans la plaie après leur section, dit : « J'ai souvent remarqué qu'à l'instant même de la section, l'air se précipitait dans la cavité du conduit veineux, et qu'à l'irruption de ce fluide succédait une horrible phlegmasie, une phlébite atroce qui, devenant générale, détruisait l'individu en moins de 24 heures. » Il a vu très-souvent cette inflammation se développer même avant l'application du premier appareil.

Je ne m'étendrai pas davantage sur les accidens de l'excision et de l'incision ; j'ajouterai seulement que les grandes plaies résultant de la lésion d'une veine sont de guérison très-difficile et de longue durée, que pendant toute cette durée le malade est constamment sons l'imminence d'une phlébite générale, soit par résorption de pus, soit par propagation de l'inflammation.

Les auteurs de l'époque actuelle rejettent toute opération; soit qu'ils regardent ce genre de traitement trop douloureux, soit qu'ils doutent de son efficacité, soit qu'ils se dé-

fient avec raison des dangers qu'il peut amener, ils préfèrent s'en tenir au traitement palliatif.

De la circulation dans les veines liées. — L'anatomie pathologique des varices prouve que le système des veines collatérales se dilate à mesure que la veine variqueuse acquiert du développement. Ainsi, observe-t-on que toujours l'oblitération peut se faire sans qu'il y ait dérangement maladif dans la circulation. Mais la circulation dans un membre dont un tronc veineux a été lié et oblitéré, se continue-t-elle par les anastomoses de ce tronc qui vont aux collatérales, comme on l'a toujours dit et écrit jusqu'à présent, nous verrons bientôt qu'il n'en est pas ainsi; car toutes les fois qu'il existera circulation collatérale au moyen des anastomoses, les varices persisteront comme si l'on n'eût pas opéré.

Etudions un peu la disposition anatomique des veines, disposition qui, je crois, a été mal observée jusqu'à ce jour; si du moins les auteurs l'ont parfaitement reconnue, je ne sache pas qu'aucun ait fait l'application de ce que je vais rapporter aux veines variqueuses de la jambe. Cette disposition nous sera de grand secours, 1°. pour expliquer le phénomène de l'oblitération et celui de la persistance des varices; 2°. pour nous donner les moyens de remédier à cette persistance.

En général il ne se rencontre qu'une seule anastomose dans l'espace compris entre une valvule et une autre valvule, et la veinule qui apporte le sang au tronc principal vient presque constamment s'ouvrir vers le bord libre de la valvule inférieure. C'est à cause de cette disposition sur laquelle j'insiste, que Béclard et tous ceux qui se sont occupés, soit de la ligature, soit de la section, ont eu le plus souvent d'heureux résultats. C'est encore pour cela qu'ils ont vu les varices persister lorsque cette disposition était changée.

Les valvules elles-mêmes doivent être considérées comme

de vraies ligatures naturelles, toutes les fois qu'il y a obstacle matériel à la circulation au-dessus d'elles : car pour que le sang pût circuler librement, il faudrait que le sang pût revenir sur lui-même; mais les valvules sont là et dilatées, elles mettent un obstacle invincible à son retour. La circulation est donc impossible, et le sang stagne de nécessité dans le tronc et dans les veines qui s'y rendent jusqu'à leur première valvule.

Admettons qu'une veine volumineuse et sans valvule se rende au tronc que l'on veut oblitérer, et qu'elle y apporte le sang des extrémités; si cette veine a en même temps des anastomoses et avec les veines profondes et avec le tronc principal, et qu'elle soit sans valvule, alors la circulation sera possible dans toute la partie inférieure de la veine sous-jacente à son embouchure.

La circulation dans le tronc principal est encore possible toutes les fois qu'une veine auillaire et de transport part du tronc principal, pour charrier dans les veines voisines le sang contenu dans le tronc lui-même.

La circulation dans une veine telle que la saphène, que l'on voudrait oblitérer et que l'on aurait liée vers le genou, n'est donc possible; 1°. que lorsqu'il existe une anastomose sans valvule, 2°. que lorsqu'il existe une veine de transport avec valvules dirigées dans le même sens que celle du tronc principal.

Voilà, je crois, les deux causes de la persistance des varices dans une veine qu'on avait liée; de là cause des insuccès attribués à l'opération de la ligature, quoique la plaie se fût parfaitement guérie.

On le voit dans des cas analogues et qui sont rares; car cette disposition s'est rarement présentée à moi, malgré les nombreuses recherches que j'aie pu faire dans les amphithéâtres; il suffira d'oblitérer la veine de transport ou l'anastomose, pour faire cesser la maladie.

Si donc la circulation consécutive à l'oblitération est

si difficile et si rare dans le tronc principal, comment se continue la circulation du membre. On sait qu'aux radicules artérielles très-nombreuses succèdent des radicules veineuses pour le moins aussi nombreuses. Les radicules artérielles viennent en général d'un seul tronc, tandis que les radicules veineuses vont en former plusieurs, au point que l'on peut interrompre la circulation dans un de ces troncs veineux, sans que pour cela le sang soit obligé de se détourner pour gagner le cœur. C'est donc par une continuité de communication directe que se continue la circulation : ces communications existent de tout temps et se sont considérablement amplifiées sous l'effort du sang. Aussi ne faut-il pas s'étonner si les accidens que semblerait devoir déterminer la stase du sang, sont si rares après l'interruption du cours du sang dans une veine.

De l'oblitération. — Ce que je vais dire de l'oblitération d'une veine n'est que l'histoire des recherches que j'ai faites et qui m'ont amené au traitement que je vais bientôt proposer.

L'oblitération d'une veine est sa transformation en un cordon blanc, solide, comme ligamenteux; je ne considère point comme oblitérée une veine dans laquelle il s'est formé un caillot obstruant sa cavité et mettant obstacle à la circulation; nous verrons plus bas que cette oblitération, quoique réelle, n'est jamais que temporaire.

L'oblitération d'une veine est consécutive : 1.° à un épaississement des parois de la veine; 2.° à une adhérence primitive des parois opposées de la membrane interne.

1. L'oblitération consécutive à un épaississement des parois veineuses succède toujours à une compression ou à une constriction exercée sur le tube de la veine. Je ne veux pas dire pour cela que la ligature et la compression ne soient nécessairement suivies que de l'épaississement des parois : nous avons vu, en parlant de la *ligature*, quelques-uns des accidens qui peuvent résulter de ce procédé.

La ligature et la compression exercées sur une veine ne déchirent point ses membranes, elles leur impriment seulement une ligne de dépression visible et les plissent longitudinalement de chaque côté. Le sang s'accumule au-dessus et au-dessous du point comprimé, il y stagne et se transforme en un caillot qui se résorbe à mesure que la cavité de la veine diminue par l'épaississement des parois : la résorption de ce caillot n'est complète que lorsque la veine est complètement oblitérée. Pendant tout ce temps, il n'y a pas de traces de rougeur sur la membrane interne, ni le moindre signe d'inflammation adhésive, ni agglutination des plis continus qui s'effacent en même temps que la veine reprend son calibre plus ou moins rétréci, si on détruit la compression ou la ligature plus ou moins tôt. Le travail d'oblitération cesse à l'instant même, et la veine redevient très-perméable.

Peu après l'application de la ligature et autour d'elle, la gaîne cellulaire commence à s'épaissir par un épanchement de lymphe coagulable qui s'étend progressivement en haut et en bas et plus profondément. Peu-à-peu et lentement cet épaississement blanc se propage avec de légères taches de rougeur et d'infiltration sanguine. La membrane interne repoussée se contracte, se ride, reste blanche sans rien produire par sa surface interne ; le caillot sanguin se trouve en même temps refoulé et résorbé ; le diamètre du tube diminue et se resserre petit à petit, jusqu'à ce qu'il se trouve enfin complètement fermé, ce qui arrive du quatorze au dix-septième jour et bien souvent plus tard. Voilà ce qui se passe dans les cas ordinaires. Une fois la veine oblitérée dans un point, l'oblitération s'étend par résorption du caillot dans tout l'espace où la circulation est interrompue : il y a par là même guérison.

D'autres fois, il se développe autour de la ligature une inflammation éliminatoire trop prompte, la veine n'étant point encore oblitérée ; cette chute prématurée de la li-

gature est un accident fâcheux ; les deux bouts séparés de la veine restent béans, on voit alors survenir tantôt une hémorrhagie grave, tantôt une phlébite intense; tantôt l'inflammation se termine par une prompte suppuration qui remplit le vaisseau ; le malade succombe, et jamais on ne trouve la veine oblitérée en aucun point.

Ce genre d'oblitération, par épaississement des parois a été reconnu par Travers, et désigné par lui sous le nom d'oblitération interstitielle : il commence toujours par la gaîne cellulaire, sans que la membrane interne présente aucune disposition à l'inflammation adhésive, ce à quoi s'opposent également, et la sécrétion purulente dans un cas, et le coagulum dans l'autre.

D'après ce qui précède, on voit que tous ceux qui lièrent les veines ne pouvaient obtenir que l'épaississement interstitiel ; épaississement incertain, très-long et difficile à obtenir, dangereux à tenter et souvent mortel.

2.° L'oblitération peut-elle être consécutive à une adhérence primitive des parois opposées de la membrane interne? Hunter et Dupuytren pensent que l'inflammation adhésive peut exister dans les veines et qu'elle s'y fait lentement et difficilement. Travers, s'il n'ôse la nier, croit au contraire que cette inflammation est excessivement rare. Reil et Abernethy l'ont conseillée comme moyen d'arrêter l'inflammation suppurative. Ils croyaient qu'en comprimant sur une veine malade au-dessus du lieu enflammé, on parviendrait à arrêter la phlegmasie par l'adhérence des parois opposées.

Quoi qu'en ait dit Bichat, l'inflammation adhésive d'une veine est plus difficile que celle d'une artère : ce qu'il y a de certain, c'est que cette inflammation est le plus souvent sans symptômes. C'est encore ce qui arrive chez les nouvelles accouchées affectées d'œdème des membres inférieurs. Elles ne s'apperçoivent de leur maladie que lorsque la veine oblitérée, ne donnant plus passage au sang

depuis plusieurs jours, a déterminé une infiltration séreuse de tout le membre : alors la veine saphène présente un cordon tendineux le long de toute la partie interne de la cuisse.

Ce qui se passe dans les veines ombilicales, où le sang ne circule point et ne séjourne pas dès que l'enfant a respiré, ne peut pas être comparé à ce qui se passe dans d'autres veines où le sang stagne de nécessité. Ensorte que, d'après ce que nous savons de la ligature, je crois que, dans ces dernières, l'inflammation adhésive est impossible entre les parois opposées de la membrane interne, si l'on ne tient en contact, par une légère ulcération, ces mêmes parois opposées. Cette lésion, quelque minime qu'elle soit, sera toujours suffisante pourvu que l'on tienne les parois opposées en contact pendant le temps nécessaire pour la consolidation. Les faits suivans mettront cette vérité hors de doute.

Voici ce qui se passe : lorsqu'à l'aide d'une aiguille on a piqué et mis en contact les parois opposées d'une veine, une lymphe coagulable, analogue à celle qui est produite par la lésion d'une veine par une lancette, se forme. Cette lymphe se dépose autour des points irrités, et là, à l'abri du cours du sang, elle fait adhérer entr'elles les parois opposées tenues en contact par l'aiguille même. Les parois sont déjà adhérentes, en 36 heures ; l'inflammation s'accroît légèrement, tend à se débarrasser de l'aiguille qui devient vacillante dans la plaie, et qui sortirait d'elle-même dès le cinquième jour.

La membrane interne d'une veine n'offre pas la même facilité à être divisée que celle d'une artère, *et l'adhérence primitive, sans lésion qui tienne en contact les parois opposées*, ne s'y fait que très-difficilement *ou plutôt ne s'y fait point.* Cependant le peu de disposition de la membrane interne d'une veine à l'union adhésive n'est pas incompatible avec la susceptibilité à contracter des inflammations très-graves

et des plus intenses : au contraire, d'après les observations recueillies jusqu'à ce jour, on a vu bien plus souvent survenir ces phlegmasies terribles qui entraînaient le malade en peu de temps. Aurait-on tort de rechercher la cause de ces accidens dans le procédé opératoire employé, où de vastes surfaces sont mises longtemps à découvert : la rapidité et la violence de l'inflammation, les symptômes sympathiques et généraux qui se manifestent aussi promptement que marche la circulation, ne doivent-ils pas engager à regarder souvent cette phlegmasie comme dépendante de la cause directe de l'air.

On a étudié les différentes terminaisons des phlegmasies veineuses, sans qu'on pût toujours se rendre compte des causes qui les avaient déterminées : l'on se demande encore fréquemment aujourd'hui, pourquoi on trouve, chez l'un, une résolution par suppuration, et chez l'autre une oblitération simple, sans qu'il soit survenu aucun accident : pourquoi, enfin, cette oblitération a déterminé quelquefois une prompte guérison, tandis que d'autres fois la guérison s'est fait longtemps attendre. Peut-être que si l'on eût tenu compte de la constitution de l'individu, de l'opération elle-même, des conditions dans lesquelles elle a été pratiquée, de l'air, des suites de l'opération, de la marche de l'inflammation, et surtout du genre de travail qui devait amener l'oblitération, on aurait trouvé la cause de ces différences.

Voici un fait qui fortifie cette opinion : à la suite d'une saignée où la veine avait été probablement percée de part en part par un brusque mouvement du malade, survint une douleur profonde avec légère rougeur des lèvres de la plaie ; il y avait un peu d'extravasation sanguine. On comprima sur le vaisseau, et le cinquième jour, il y avait guérison parfaite. Le malade succomba à une pneumonie. A l'ouverture du cadavre, je trouvai la veine céphalique oblitérée.

Presque aucune des phlegmasies nombreuses de la membrane interne n'est capable de déterminer une inflammation

adhésive des parois. La résolution par suppuration en est aussi distante que celle par épanchement de lymphe coagulable en est rapprochée.

Mais cette inflammation avec épanchement de lymphe est-elle indispensable pour que l'oblitération s'opère; y a-t-il toujours et indispensablement inflammation dans l'oblitération des veines ombilicales ? ou plutôt ces veines ne s'oblitèrent-elles pas parce que le sang ne parcourt plus leur conduit ?

Je vais passer de suite à l'exposition du traitement que je propose, et dans un dernier paragraphe je parlerai de ses avantages sur les autres méthodes.

Ce traitement consiste à irriter très-légèrement deux points opposés de la surface interne d'une veine, et en même temps à maintenir en contact ces deux points opposés de la membrane interne. Une simple aiguille à coudre, recourbée ou non, applatie ou non, satisfait parfaitement à toutes ces conditions indispensables pour obtenir une prompte oblitération. Il suffit pour cela de faire un point sur la veine, c'est-à-dire, de traverser perpendiculairement sa paroi antérieure et sa paroi postérieure avec la pointe de l'aiguille que l'on ramène plus haut pour traverser encore sa paroi postérieure puis sa paroi antérieure. On assujettit l'aiguille dans cette position à l'aide d'un fil tortillé en huit.

Obs. I.re — Je pris un chien d'une taille moyenne : je lui placai tout près des clavicules une ligature autour du col, comme si j'eusse voulu le saigner à la jugulaire. La veine se gonfla: la saissisant alors entre le pouce et l'indicateur de la main gauche, je la soulevai et passai à travers la peau une aiguille au-dessous d'elle, qui venait sortir du côté opposé, de manière à prendre le moins de peau possible. Tout ce que nous venons de faire n'est que préparatoire, et ne sert qu'à faciliter le second temps de l'opération. Après m'être assuré que la veine est ainsi isolée et repose parfaitement sur

cette première aiguille, prenant alors une seconde et semblable aiguille, je perce perpendiculairement la peau, puis la paroi antérieure de la veine, puis sa paroi postérieure; je ramène alors en inclinant un peu plus haut la pointe de l'aiguille de manière à percer encore, 1°. la paroi postérieure, 2°. la paroi antérieure de la même veine; enfin la peau.

Après avoir mis de la sorte en contact les surfaces de la membrane interne piquée en quatre points, j'abandonnai les aiguilles dans cette position en croix, et les assujettis à l'aide d'un fil, pour que l'animal, qui est sollicité par une légère démangeaison, ne puisse se les enlever. Cinq jours après je coupai le fil, et les aiguilles vacillant dans de petites plaies tombèrent comme d'elles-mêmes. Ces petites plaies, qui étaient en rapport avec les surfaces des aiguilles, furent cicatrisées et guéries en trois heures; il y avait tout autour des aiguilles un noyau dur et résistant, du volume d'une grosse aveline, qui fut bientôt résorbé et disparut en dix jours. Ce jour là, ou le quinzième jour après la première opération, j'opérai de la même manière la jugulaire du côté opposé; le cinquième jour après j'enlevai les aiguilles: les mêmes phénomènes se passèrent; le lendemain je tuai l'animal.

L'ouverture du cadavre me fit voir la veine jugulaire externe gauche complètement imperméable au sang; elle était comme disparue et transformée en un cordon blanc, arrondi, filiforme, analogue au tissu ligamenteux. L'oblitération s'étendait en haut et en bas du point lésé jusqu'aux premières anastomoses qui étaient suffisamment dilatées, et établissaient au sang un libre cours. A partir des anastomoses le tissu veineux reprenait son état normal; on n'y voyait aucune trace d'inflammation. il n'y avait nulle part aucune trace de caillot sanguin.

Le tissu cellulaire entourant la portion de veine oblitérée était à l'état normal le plus parfait. Il n'y avait plus

de trace de la tumeur qui avait existé, et on ne pouvait plus distinguer le point où avaient pénétré les aiguilles, que par une petite tache jaunâtre laissée probablement par l'oxyde de fer.

La jugulaire externe droite, opérée cinq jours auparavant, était entourée au point opéré d'une petite tumeur solide, circonscrite dans le tissu cellulaire voisin et adhérente à la peau par sa partie antérieure. Cette tumeur enveloppait circulairement près de 10 à 12 lignes de la veine; son tissu était blanc, dense, épais, sans sérosité, pereé circulairement par deux lignes jaunâtres qui indiquaient la place qu'avaient occupée les aiguilles. Le tissu de la veine, qu'on ne pouvait distinguer au milieu de la tumeur, était à sa sortie, contracté et blanchâtre, sans épaississement manifeste, et reprenait un peu plus loin son état normal. La surface de la membrane interne contractée et légèrement plissée n'était point rouge, et présentait en haut et en bas deux petits caillots sanguins s'étendant jusqu'aux premières anastomoses. Ces caillots enlevés, j'ai pu voir en insufflant que la veine était complètement oblitérée.

Avec le même succès et de cette même manière, j'ai opéré sur six chiens de différentes tailles: jamais aucun d'eux ne témoigna le moindre malaise. J'ai quelquefois enlevé les aiguilles dès le troisième et le quatrième jour, mais les tractions que j'étais obligé de faire pour les arracher, parce qu'elles étaient encore adhérentes, faisaient souffrir l'animal; d'autres fois la tumeur n'était point encore parfaitement formée et circonscrite, et je perdais ainsi tous les avantages d'une compression sur la veine, compression déterminée tant par la tumeur que par les aiguilles elles-mêmes.

Aussi, voulant un jour enlever les aiguilles, après 38 heures d'application, je vis qu'il y avait déjà inflammation adhésive. Les parois veineuses adhéraient, mais ces adhé-

rences étaient peu solides, et l'arrachement des aiguilles détruisit ce qu'elles avaient d'abord produit.

En général, il vaut mieux attendre, pour enlever les aiguilles, qu'une inflammation éliminatoire se soit développée; les aiguilles tombent alors d'elles mêmes, laissant après elle une ligne fistuleuse qui se guérit en quelques heures. Cette inflammation éliminatoire n'est point à craindre et ne saurait se propager : elle est complètement limitée et renfermée dans la tumeur, la veine n'ayant plus la même nature et étant oblitérée déjà depuis trois jours.

Obs. II.e — J'ai placé les aiguilles sur deux points différens de la jugulaire externe droite d'un chien, de manière à laisser entre ces deux points un espace distant de deux pouces, plein de sang. Les tumeurs se formèrent aux points piqués : des aiguilles, les unes tombèrent le quatrième jour, les autres le sixième; le sang coagulé entre les deux points fut résorbé; les tumeurs s'affaissèrent et la veine fut oblitérée. Il ne survint encore ici aucun accident.

Maintenant, la compression seule suffit-elle pour déterminer l'oblitération d'une veine? Les observations suivantes répondront à cette question.

Obs. III.e — J'ai plusieurs fois tenté d'oblitérer des veines jugulaires externes, en comprimant ces dernières à l'aide d'une aiguille passée au-dessous de leur conduit et sur laquelle je tortillai un fil en forme de 8 de chiffre. J'avais soin de serrer assez fortement le fil pour presser la veine contre la peau et interrompre ainsi toute circulation. Il se formait promptement une petite tumeur qui enveloppait la veine; en même temps, le fil qui comprimait fortement la peau ne tardait pas à la déchirer; le quatrième jour, l'aiguille était vacillante, et ne faisait plus que l'office de corps étranger provoquant une inflammation éliminatoire; il fallait que j'enlevasse cette aiguille inutile, ou que j'attendisse que l'inflammation fût assez vive pour séparer la continuité du tronc veineux, ou que je resserrasse le fil : c'est ce que j'ai

fait. Le quatrième ou le cinquième jour j'enlevai donc l'aiguille ; mais à cette époque la veine est loin d'être oblitérée, ses parois sont seulement épaissies, blanchâtres, et l'épaississement marche de dehors en dedans, (*voyez* ce que j'ai dit précédemment en parlant de l'oblitération), et s'arrête subitement, dès que, la compression étant cessée, le sang continue à circuler dans le vaisseau.

J'ai poussé l'expérience plus loin, pour obtenir l'oblitération par le seul effet de la compression : c'est ainsi que sur deux chiens chez lesquels, le cinquième jour, la peau comprimée par le fil était déchirée, et l'aiguille vacillante, je resserrai le fil dans la plaie elle-même; je la resserrai le septième jour encore. La tumeur devint volumineuse; il y avait autour du fil une plaie d'aspect désagréable; les animaux souffraient, refusaient des alimens. Je supprimai la compression : la plaie se cicatrisa lentement, et le trentième jour après l'opération je tuai l'animal; la veine, quoique fortement épaissie, n'était pas complètement oblitérée; son ouverture, quoique très-rétrécie, donnait encore passage au sang.

Enfin, j'ai voulu resserrer chaque jour le fil sur l'aiguille, jusqu'à séparation de continuité de la veine : il survint, le 10.e jour, une phlébite avec épanchement de pus dans la cavité de la veine qui n'était point oblitérée.

L'oblitération consécutive à la compression est donc si difficile qu'on doit y renoncer, et vouloir nécessairement l'obtenir serait s'exposer à tous les dangers consécutifs à la ligature.

J'ai cependant obtenu quelques résultats heureux après cette dernière méthode : mais les dangers qui l'accompagnent m'ont porté à la rejeter sans retour; il n'en est pas de même si on l'applique aux artères; en trois jours elle est complète. Je l'ai employée trois fois avec succès, et sans accidens, sur l'artère crurale de trois chiens.

D'après tout ce qui précède, j'aurai peu à dire pour faire

ressortir les avantages du traitement que je viens d'exposer sur tous les autres; aussi me contenterai-je de le mettre ici brièvement et le plus clairement possible en comparaison.

1.° *Traitement par adhésion.*

C'est celui que je propose.

A. Procédé très-simple, sans nulle douleur, sans danger.

B. Pas d'incision à la peau.

C. Pas d'action à l'air.

Par conséquent rien à redouter de la part des accidens si souvent consécutifs à ces causes.

D. Oblitération complète au cinquième jour.

E. Pas de chute de ligature.

Par conséquent pas d'inflammation éliminatoire et pas d'accidens consécutifs.

F. Guérison radicale en quinze jours.

G. Facilité d'opérer une anastomose qui entretiendrait une varice.

H. Dépenses pour les hôpitaux diminuées des trois-quarts, puisque la durée du séjour sera diminuée d'autant.

2.° *Traitement par épaississement interstitiel.*

A celui-ci se rapportent la ligature et la compression.

A. Procédé plus difficile, assez douloureux, et toujours dangereux.

B. Grande incision à la peau.

C. Action de l'air inévitable.

La conséquence de cette incision et de cette action de l'air est presque toujours une phlébite mortelle.

D. Oblitération très-souvent incomplète du quinzième au vingtième jour.

E. Chute de la ligature du douzième au dix-huitième jour. (Inflammation éliminatoire); quelquefois chute pré-

maturée (alors hémorrhagies, ulcères effrayans, phlébite générale, mort.)

F. Guérison incertaine et rare avant le troisième mois.

G. Difficulté et danger d'opérer une anastomose qui entretiendrait une varice.

H. Dépenses énormes s'élevant rapidement par la durée prolongée du séjour dans les hôpitaux.

3.° *Traitement par extirpation et par incision.*

A. Procédé plus douloureux, plus compliqué et plus dangereux encore.

B. Incision bien plus grande à la peau.

C. Action de l'air plus certaine encore, au point qu'on a vu une phlébite survenir subitement et se terminer par la mort avant vingt-quatre heures. Douleurs horribles pendant l'opération; surface ulcérée immense et susceptible de divers accidens mortels.

F. Guérison excessivement lente et toujours très-difficile.

H. Séjour plus prolongé encore dans les hôpitaux, et par conséquent dépenses plus élevées.

4.° *Traitement palliatif.*

A. Cette maladie, de tous les temps et de tous les lieux, est si fréquente, que, sur 258 hommes, on compte 71 variqueux.

B. Malgré ce traitement, la maladie marche toujours vers une terminaison, sinon mortelle, du moins qui empêche toujours le malade de vaquer à ses occupations.

C. Les varices durent toute la vie qu'elles menacent à tout instant, soit par une hémorrhagie, soit par un autre accident.

D. D'après M. Briquet, presque un tiers des malades reçus en chirurgie dans les divers hôpitaux de Paris, sont des hommes affectés de varice ou d'ulcères; leur séjour

dans les salles est toujours de plusieurs mois, ce qui occasionne à l'administration, pour cette seule maladie, une dépense équivalente au tiers de la somme affectée au service de toute la chirurgie.

Note sur une nouvelle espèce de hernie de l'abdomen à travers le ligament de Gimbernat; par M. LAUGIER, *chirurgien de l'hôpital Necker.*

Une femme âgée de 45 ans, lingère, entrée le 31 mars à l'hôpital Necker, affectée de hernie étranglée à l'aine droite, et opérée quelques heures après son arrivée, m'a offert l'exemple d'une espèce particulière de hernie non observée jusqu'à ce jour, et qui, si je ne me trompe, doit exciter à un haut degré l'attention des anatomistes et des chirurgiens. Cette hernie existait depuis long-temps; la malade n'avait aucun souvenir de son origine. Une disposition anatomique particulière prouvera que peut-être elle était congénitale. Quoi qu'il en soit, elle était considérée comme hernie inguinale, et maintenue par un bandage. Le 30 mars, le bandage se dérangea; la hernie acquit plus de volume, et s'étrangla. Des efforts de taxis furent faits pendant long-temps, et comme la hernie passait pour inguinale, ils dûrent être dirigés surtout en haut et en dehors, ce qui, nous le verrons plus tard par le siége de la hernie, dût contribuer à froisser et à enflammer l'intestin sans rien ajouter aux chances de réduction. Cependant un des médecins appelés crut en avoir fait rentrer une partie : mais l'étranglement ayant persisté, la malade fut apportée à l'hôpital 24 heures après, et l'opération, jugée nécessaire par les médecins qui lui avaient donné leurs soins en ville, lui fut proposée dès son arrivée. La malade voulut essayer de prendre un bain; elle n'en avait pas pris depuis l'étranglement de la hernie; elle en espérait la réduction par ce moyen. Bien que convaincu

de l'importance d'opérer promptement pour opérer avec succès, je ne crus pas devoir m'opposer à son désir, parceque la tumeur, quoique douloureuse, était d'une consistance médiocre, que les vomissemens n'étaient pas stercoraux, et surtout parce qu'une opération faite contre le gré des malades est moins souvent suivie d'une heureuse issue : mais je ne voulus la différer que de quelques heures : en effet, je revins à l'hôpital vers 4 heures pour pratiquer l'opération : deux bains avaient été donnés; quelques efforts de réduction avaient encore été tentés sans succès. L'opération ne pouvait plus être différée. Je cherchai d'abord à déterminer l'espèce de la hernie : j'ai dit que la malade la croyait inguinale; c'était aussi l'opinion des médecins qui l'avaient soignée en ville; cette question devait être attentivement examinée.

La tumeur était de la grosseur d'une noix; elle était marronnée, et ne se dirigeait pas vers la grande lèvre correspondante, mais plutôt en avant et légèrement en haut. En effet, la partie supérieure de son contour répondait au niveau du tiers interne du ligament de Fallope, mais sa base semblait un peu au-dessous de ce cordon fibreux; il me parut dès-lors difficile d'admettre l'existence d'une hernie inguinale, puisque la tumeur sortait au-dessous du canal inguinal, et me paraissait en dehors et au-dessous de l'anneau. D'autre part, l'artère crurale faisait sentir ses battemens au côté externe de la base de la hernie, à la distance de plus d'un travers de doigt; la tumeur me semblait plus en dedans que la hernie crurale ordinaire, et j'en fis la remarque. Cependant, obligé de choisir entre la hernie crurale et la hernie inguinale, je crus plus facilement à l'existence de la première, mais je me proposai d'éclaircir mes doutes en opérant. Une incision de deux pouces et demi fut faite parallèlement au pli de la cuisse; j'arrivai avec précaution sur le sac qui était mince et contenait une très-petite quantité de sérosité sanguinolente; le sac, ouvert sur

la sonde cannelée par le bistouri, puis avec les ciseaux, contenait une petite anse d'intestin d'un rouge violet foncé, mais rénitente; une exsudation plastique formait quelques adhérences molles avec le sac, qui furent facilement détruites à l'aide du doigt introduit pour reconnaître l'ouverture herniaire. Je crus avoir affaire à une hernie crurale, et je cherchai le côté interne de l'anse intestinale, pour débrider sur le ligament de Gimbernat : une sonde cannelée sans col du sac fut introduite assez facilement entre l'intestin et le côté interne du cul-de-sac et de l'ouverture herniaire; un bistouri droit dirigé sur la sonde servit à faire un débridement de deux lignes sur ce que je croyais être le bord tranchant et concave du ligament de Gimbernat. Ce débridement n'ayant pas suffi pour me permettre d'attirer un peu plus d'intestin au-dehors, un second débridement d'une ligne environ fut fait sur le même point, et je pus alors attirer quelques lignes de la portion de l'anse intestinale qui était située au côté interne; mais je ne pus faire rentrer l'intestin, ce qui peut s'expliquer, puisque la portion nouvellement attirée avait évidemment plus de volume que le contour de l'intestin qui supportait depuis vingt-quatre heures la constriction de l'ouverture herniaire. Cependant, je fus étonné, je l'avoue, qu'un débridement, que je savais être d'environ trois lignes, ne m'eût pas donné; pour la réduction, assez d'étendue dans l'ouverture herniaire, que je croyais être l'anneau crural, lorsque Scarpa dit positivement qu'à l'aide d'une section de deux ou trois lignes faite au bord concave du ligament de Gimbernat, et suivant le trajet de son axe longitudinal, on relâche l'anneau crural et que la pression exercée sur le col du sac herniaire, par l'extrémité supérieure du repli falciforme, cesse en même temps. (*Supplément au traité des hernies*, traduct. d'Ollivier, d'Angers, page 72) Toutefois, je n'osai pas faire, dans ce sens, un débridement de plus de trois lignes; je pouvais rencontrer l'anomalie de l'artère obturatrice qui la

fait descendre derrière le ligament de Gimbernat, pour aller gagner le trou sous-pubien, et je risquais alors de la couper en travers, car je croyais et je devais croire à la présence d'une hernie fémorale. J'examinai alors de nouveau le contour de l'intestin, et ayant remarqué que sa partie antérieure et supérieure était plus violacée et semblait supporter une pression plus forte de la part de l'ouverture qui lui livrait passage, je me décidai à faire de ce côté, c'est-à-dire en haut, parallèlement à la ligne blanche, un très-petit débridement. J'attirai alors une anse d'intestin un peu plus longue pour examiner la partie qui avait été étranglée. Elle n'était pas gangrénée; la réduction fut faite. L'opération n'avait pas été longue, et toutefois elle ne m'avait point satisfait; j'exprimai à diverses reprises l'opinion que quelques-unes de ses circonstances ne me paraissaient pas claires; et je dis entr'autres que je concevais comment quelques chirurgiens avaient donné le conseil de débrider sur le ligament de Fallope, puisqu'il y avait quelques cas de hernie crurale, dans lesquels un débridement de quelques lignes sur le ligament de Gimbernat ne suffisait pas. Si je rends compte des impressions qu'ont faites sur mon esprit la situation de la hernie du ligament de Gimbernat et les détails de l'opération, ce n'est pas que je veuille établir la prétention d'avoir reconnu sa position toute spéciale sur le vivant: cette prétention serait ridicule; car comment supposer la formation d'une hernie à travers le ligament de Gimbernat, lorsque tant d'anatomistes et de chirurgiens illustres n'en ont pas même admis d'avance la possibilité; mais c'est pour arriver, aujourd'hui qu'elle est constatée, à la détermination de quelques signes particuliers à cette hernie. En effet, plusieurs des remarques qui ont été faites avant ou à la suite de l'opération, pourraient quelquefois servir à reconnaître un nouvel exemple de cette espèce de hernie. La tumeur était située au-dessous de la moitié interne du canal inguinal, au-dessous et un peu en-dehors de l'anneau. Comme la

hernie crurale, elle était légèrement courbée sur son col, et remontait un peu vers le ligament de Fallope. On pourrait donc la confondre facilement avec la hernie crurale, surtout si elle était un peu volumineuse, parce qu'alors, en s'étendant en-dehors le long du pli de la cuisse, elle couvrirait la face antérieure des vaisseaux fémoraux; mais, dans le cas particulier qui nous occupe, elle était petite; une distance assez grande existait entre sa base et les vaisseaux cruraux; elle paraissait donc plus interne que la hernie crurale et le canal du même nom. De plus, pendant l'opération, on n'obtient pas avec un débridement de trois lignes fait sur la partie du ligament de Gimbernat, qui reste entre le col de la hernie et le pubis une laxité suffisante de l'ouverture herniaire pour la réduction, ce qui tient à l'étroitesse de cette partie du ligament et à la persistance d'une bande aponévrotique, autre portion du ligament de Gimbernat qui soutient et bride le ligament de Fallope entre l'anneau crural et le col de la hernie. Or, dans la hernie crurale, un débridement de trois lignes sur le ligament de Gimbernat est ordinairement suffisant, parce qu'en dehors le canal crural est extensible. Il existe donc quelques différences appréciables entre la hernie du ligament de Gimbernat et les hernies inguinale et crurale. Le précepte de vider la vessie avant l'opération lui serait encore plus applicable qu'à la hernie crurale.

L'intestin réduit était très-enflammé; une péritonite, d'abord locale, puis générale, fit succomber la malade le 5 avril, cinq jours après l'opération, quoique, dès le soir même et les jours suivans l'irritation intestinale ait été combattue par un traitement actif. L'autopsie nous permit de reconnaître les particularités suivantes: l'ouverture herniaire ne répondait pas à l'anneau crural, dont elle est séparée par une partie du ligament de Gimbernat et l'artère ombilicale. C'est en effet très-près de ce dernier faisceau ligamenteux, à la partie la plus externe de la fossette inguinale interne, que répond l'ouverture

herniaire; elle traverse le ligament de Gimbernat de haut en bas; en-dedans, elle présente le sommet du ligament de Gimbernat, incisé parallèlement au ligament de Fallope pour le débridement; les rapports du col du sac sont en avant avec le ligament de Fallope, qui causait surtout l'étranglement, et jouait pour cette hernie le rôle que le bord concave du ligament de Gimbernat joue pour la hernie crurale. En-dedans et en bas, il repose sur le muscle pectiné; en-dehors et en bas sur la partie du ligament de Gimbernat qui le sépare de l'anneau crural, c'est le côté interne du canal crural. Le muscle pectiné et le côté interne du canal crural forment un angle sur lequel portent en arrière le col et la paroi postérieure du sac.

Les rapports de ce col avec les vaisseaux ne sont pas moins remarquables. Les artères épigastrique et obturatrice, nées d'un tronc commun à peu près au niveau de l'anneau crural, se séparent à la distance de deux lignes et demie à trois lignes du col du sac herniaire, de sorte qu'un débridement de cette longueur fait en haut et en dehors suivant le précepte de quelques chirurgiens dans le cas de hernie crurale, aurait pu atteindre le confluent de ces deux artères. D'autre part on aurait pu blesser dans ce sens le tronc des veines épigastrique et obturatrice. Celle-ci, au lieu d'accompagner l'artère obturatrice, passe au devant du col du sac avec un petit rameau artériel fourni par l'épigastrique; le côté externe et supérieur du col du sac répond encore à l'entre-croisement de la veine obtu-ratrice, qui va passer au-dessus, le long du ligament de Fallope et de l'artère obturatrice, avant de plonger dans le bassin.

Si l'artère obturatrice ne se séparait de l'épigastrique qu'à une certaine distance de l'anneau crural, et qu'elle vînt passer derrière le ligament de Gimbernat, la hernie de ce ligament n'aurait lieu dans ce cas qu'en déplaçant en dedans ou en dehors l'artère, et serait par rapport à elle externe ou interne, comme la hernie inguinale pour l'artère épigastri-

que. Si l'on admettait avec quelques anatomistes que l'artère épigastrique naît quelquefois de l'obturatrice et passe derrière le ligament deGimbernat, elle pourrait aussi être lésée dans le débridement. Les enveloppes de cette espèce de hernie sont d'ailleurs la peau, le *fascia superficialis*, le *fascia transversalis* et le péritoine. J'omets ici les couches de tissu cellulaire qui unissent ces diverses membranes. Elle ne serait point revêtue comme la hernie crurale du *septum crurale*, et ceci établit encore entr'elles une légère différence anatomique.

Dans l'état actuel de la science, la hernie du ligament de Gimbernat complète l'histoire des hernies de l'aine, et je n'hésite pas à la présenter comme une espèce particulière, bien qu'on puisse chercher à l'assimiler à ces hernies accidentelles qui s'étranglent, soit au-dessus du ligament de Fallope, soit à travers le pilier externe de l'anneau inguinal, qu'elles aient ou non traversé une plus ou moins grande étendue du canal inguinal. La plupart de ces hernies se sont formées dans la fossette inguinale externe. La hernie du ligament de Gimbernat est directe, elle répond à la fossette inguinale externe, au côté interne de l'artère ombilicale, et ce qui doit déterminer encore, ce me semble, à la considérer comme une espèce nouvelle, c'est que chez la même femme le ligament de Gimbernat du côté opposé offre au point correspondant à la hernie un affaiblissement et un enfoncement manifestes, d'où il suit que la malade opérée avait réellement une disposition particulière à l'espèce de hernie qui s'est formée chez elle. Elle n'avait point eu d'enfans, de sorte qu'on ne peut chercher dans cette cause accidentelle la raison de la prédisposition à la hernie du ligament de Gimbernat. Il reste à examiner si ce ligament n'offre pas, chez les femmes surtout, une moindre résistance vis-à-vis la fosse inguinale interne qui les dispose á l'espèce de hernie que je présente, quoiqu'elles soient beaucoup plus exposées sans doute à la hernie fémorale.

L'observation précédente prouverait toujours au moins que certains sujets peuvent être appelés à avoir la hernie du ligament de Gimbernat, ce qui distingue celle-ci des hernies qui ont lieu à travers des éraillures purement accidentelles.

Lorsque j'ai présenté cette observation à l'Académie de Médecine, le 9 avril 1833, j'étais loin de penser que cette hernie, dont la position est si nettement déterminée, par cela seul qu'elle traverse la partie moyenne du ligament de Gimbernat, ne serait, aux yeux de quelques chirurgiens, qu'une variété de la hernie crurale ordinaire. Quel que soit, au reste, le nom de genre qu'on donne à cette hernie, elle ne peut rien perdre de son intérêt et de son importance, et si on voulait en faire une hernie crurale, il serait nécessaire, pour se faire comprendre, de dire que c'est une hernie crurale qui ne s'échappe pas par l'anneau crural, et qui passe à travers la partie moyenne du ligament de Gimbernat, ce qui, selon moi, reviendrait à dire à la fois qu'elle est et qu'elle n'est pas hernie crurale. En effet, tous les chirurgiens entendent par hernie crurale, la hernie qui s'échappe par l'anneau de ce nom. On avait cru autrefois, il est vrai, que les viscères pouvaient s'échapper au-dessous de l'arcade crurale par une autre voie que l'anneau. Mais on a considéré comme un progrès réel de l'anatomie pathologique chirurgicale, d'avoir établi que, dans la hernie crurale, les viscères cotoyent le côté interne de la veine iliaque. M. Boyer dit (tom. VIII, pag. 266): « Aujourd'hui, on convient généralement que l'anneau crural est le seul endroit par où les viscères puissent sortir pour former la hernie crurale. » L'avis de Scarpa est le même « Entre la base concave du ligament de Gimbernat et le côté interne de la veine fémorale, il existe un intervalle rempli par une petite membrane de forme presqu'elliptique. C'est cet intervalle qu'on a nommé avec raison anneau crural, qui livre passage

aux viscères dans la hernie fémorale. » (*Supplément au Traité pratique des hernies*, trad. par Ollivier, d'Angers, pag. 31.) La thèse de M. Cloquet sur les hernies de l'abdomen, qui indique avec tant de précision les diverses variétés de la hernie crurale, ne permet pas de douter que la hernie crurale ne s'échappe toujours à travers l'orifice supérieur du canal crural.

Enfin, les ouvrages les plus récens sur l'anatomie de l'aîne contiennent la même opinion. Quelques-uns même, je citerai l'article *Aîne* de la nouvelle édition du *Dictionnaire de Médecine*, par M. Bérard aîné, tendent à limiter encore d'une manière plus précise l'espace par lequel s'opèrent ordinairement les hernies crurales. Cet auteur divise l'anneau crural, proprement dit, ou orifice supérieur du canal crural, en deux portions dont la plus interne limitée en-dedans par le ligament de Gimbernat, en-dehors par une cloison celluleuse qui couvre la veine iliaque externe, est presque la seule par laquelle s'engagent les sacs herniaires (tom. 2, pag. 38). Ainsi c'est une opinion générale que les hernies crurales passent par l'anneau. Les variétés de ce genre de hernies sont fondées sur leur trajet dans le canal crural et leur issue après l'avoir parcouru. En effet, il y a des hernies qui sortent par le trou de la saphène : d'autres sortent par les ouvertures que peuvent offrir la paroi antérieure et interne du canal crural pour le passage des vaisseaux lymphatiques. Quelques-unes pénètrent, comme l'a démontré M. Cloquet, dans la gaîne des vaisseaux cruraux. Toutes ces hernies sont des hernies crurales et variétés d'un même genre, non pas parce qu'elles sont à la cuisse ou qu'elles passent sous le ligament de Fallope, mais parce qu'elles sortent par l'anneau. De même que toute hernie inguinale doit s'engager à travers l'un des orifices du canal inguinal, ou pénétrer dans ce canal après avoir traversé sa paroi postérieure de manière à avoir un rapport intime avec ce conduit.

3..

Pour quelques personnes tout cela ne serait qu'une dispute de mots ; la hernie du ligament de Gimbernat serait une hernie crurale, parce qu'elle passe sous le ligament de Fallope. S'il était utile pour la science de confondre sous une même dénomination les hernies de l'aîne, je n'hésiterais pas à me ranger à leur avis ; mais je crois qu'il y a à généraliser ainsi peu d'utilité pratique ; la médecine opératoire vit de distinction et non de confusion ; une seule preuve suffirait pour le démontrer. Par exemple, dans l'observation citée, on aurait pu débrider horizontalement en dehors, ce qu'on ne ferait certes pas impunément dans la hernie crurale ordinaire. Pourquoi ferait-on d'ailleurs de cette hernie une hernie crurale. Quelques anatomistes prétendront que cette espèce est bien plutôt une hernie inguinale, car elle se fait à travers l'expansion aponévrotique qui fixe à la crète du pubis le pilier externe de l'anneau. N'est-il pas plus clair de dire que c'est une hernie du ligament de Gimbernat, comme on dit hernie de la ligne blanche. Cette dénomination ne donne-t-elle pas une idée plus précise de la position du col du sac par rapport aux vaisseaux et aux parties environnantes ? Quant aux analogies qu'on pourrait chercher entre cette hernie et la hernie crurale, parce que le *septum crurale*, toile quelquefois si mince, prendrait quelques insertions sur le ligament de Gimbernat, ou fortifierait celui-ci, et que certaines hernies crurales, après être sorties par *l'anneau crural*, se seraient coiffées du *septum crurale*, et auraient fini par le traverser en écartant ses fibres : on sent bien ce qu'il y aurait de forcé dans de semblables rapprochemens. Personne ne peut confondre le ligament de Gimbernat, ordinairement si solide et si bien défini, avec le *septum crurale* de M. le professeur Jules Cloquet ou *fascia propria* de Cooper. Je le répète, il ne peut y avoir aucune utilité pratique dans ce rapprochement ; il n'y a pas non plus vérité anatomique.

Au reste, si on croyait devoir revenir à l'opinion de quelques chirurgiens du dernier siècle, que la hernie crurale est celle qui s'échappe sous le ligament de Fallope et non pas par l'anneau, c'est la hernie du ligament de Gimbernat dont je viens de rencontrer un exemple, qui devrait servir à l'étayer : mais je crois l'opinion des modernes plus précise pour les rapports anatomiques, et par conséquent préférable.

Recherches sur le développement, l'organisation et les fonctions de la membrane caduque; par M. Le Sauvage, *professeur à l'école médecine de Caen.*

Les phénomènes de la conception, si mystérieux aux premiers momens de cette admirable fonction chez l'homme et les mammifères, commencent à perdre de leur obscurité lorsque l'ovule, après s'être détaché de l'ovaire, parcourt la trompe pour aller se fixer dans l'utérus, et cependant les circonstances qui accompagnent son arrivée dans le dernier organe sont encore en physiologie des points controversés.

Le célèbre W. Hunter (1), en faisant mieux connaître la membrane à laquelle il a donné le nom de *caduque*, mit sur la voie d'apprécier les modifications si importantes que la fécondation imprime à l'utérus; il avait très-judicieusement comparé cette production aux fausses membranes qui s'organisent à la surface des séreuses enflammées; mais comme on n'avait donné aucune explication plausible sur l'organisation de ces dernières, la comparaison établie ne pouvait éclairer suffisamment le mode de formation de la caduque.

---

(1) *Anatomia uteri gravidi tabulis illustrata auct.* G. Hunter. 1774.

Ce n'est pas, comme plusieurs auteurs l'ont pensé, pendant la période de l'exhalation irritative, que se forment les pseudo-membranes : à ce premier temps l'absorption est complètement suspendue; c'est toujours secondairement, et quand cette fonction rentre dans ses droits, que le nouveau tissu commence à s'organiser ; c'est à mesure qu'elle devient plus active et que l'exhalation se rapproche de son type physiologique, qu'il se fait, au point de contact, une sorte de crystallisation vivante, et que l'organisation et la vie se dessinent de plus en plus. Ainsi la formation des pseudo-membranes n'est nullement le produit pur et simple de l'exhalation, comme l'ont admis Laennec (1) et quelques autres médecins, mais bien le résultat d'une action combinée des phénomènes de cette fonction et de ceux de l'absorption qui ne commencent qu'au moment même où l'irritation exhalatoire tend à revenir de son degré le plus élevé.

Il est généralement admis que par suite de l'excitation si vive, déterminée par la fécondation, dans l'ensemble du système générateur, l'organe utérin devient le siège d'une congestion sanguine qui produit l'intumescence de son tissu, modifie sa forme, et fait épancher à son intérieur, par voie d'exhalation, un fluide séro-albumineux, une *lymphe coagulable*, pour rendre l'expression de J. Hunter, qui contient les élémens d'organisation de la membrane caduque, et fournit au nouvel être ses premiers moyens de nutrition. On sait que pour apparaître cette production n'attend pas l'arrivée de l'ovule, qu'elle se développe également lorsque l'évolution de ce corps se fait dans un lieu insolite, comme on a eu occasion de le remarquer dans la grossesse extra-utérine (2) ; mais il existe encore une grande

(1) *Auscult.*, I.er vol., p. 103, 2.e édit.

(2) Chaussier, *Bull. de la Faculté de Méd.*, t. IV, p. 137.—*Arch. gén. de Méd.*, tom. XVII, p. 111, etc.

diversité d'opinions sur la vraie disposition de cette membrane et plus particulièrement sur l'espèce de rapport qu'elle établit avec l'ovule au moment de son arrivée dans l'utérus, dernière particularité qui a donné naissance aux deux hypothèses qui se partagent encore le domaine de la science, et dont je me propose de comparer et apprécier la valeur.

Chaussier, Meckel et quelques autres anatomistes avaient pensé que l'ovule, après avoir traversé la trompe, se trouvait plongé au milieu du fluide préalablement exhalé à l'intérieur de l'utérus, et que bientôt il s'organisait à sa surface une fausse membrane qui, suivant son développement progressif, ne tardait pas à se trouver en contact avec une semblable production développée dans le même temps à la surface interne de l'organe contenant, et constituaient ensemble la caduque composée de deux feuillets, l'un externe ou *utérin*, l'autre interne ou *ovarien*, que Hunter avait nommé *caduque réfléchie*.

L'autorité si puissante des noms que je viens de citer n'a pu faire prévaloir une théorie qui concordait assez bien avec quelques-unes des idées que je viens d'exposer sur l'organisation des pseudo-membranes, mais qui, à la vérité, n'avait point été basée sur l'observation ni appuyée sur tous les développemens dont elle était susceptible. MM. Gardien (1), Moreau (2), Velpeau (3), et autres auteurs, ont contrairement admis que la caduque était complètement organisée à la surface interne de l'utérus avant l'arrivée de l'ovule à l'extrémité intérine de la trompe, et que ce corps, ne pouvant traverser la membrane, la détachait

(1) *Accouch.*, tom. II, p. 148, 3.e édit.

(2) *Dissert. inaug.*, in-4,° Paris, 1814.

(3) *Rech. sur div. parties du produit de la conception*, Arch. gén. de Méd., tom. VI. — *Accouch.*, tom. I.er, p. 231.

à son point d'arrivée, et lui faisait bientôt éprouver une ampliation mesurée sur son rapide accroissement, de telle sorte que le feuillet ainsi réfléchi ne tardait pas à se trouver en contact avec la portion utérine dont il n'était qu'une expansion, et alors il paraissait exact de dire que l'œuf était, par rapport à la caduque, dans les conditions où se trouvent les viscères involvés dans les membranes séreuses.

Hunter avait avancé que la membrane caduque était percée de trois trous, dont deux correspondaient à l'orifice des trompes, et cette disposition, également indiquée plus ou moins exactement par quelques auteurs (1), était favorable à l'opinion de Chaussier, etc. Mais depuis aucun anatomiste n'a pu apercevoir les ouvertures remarquées par Hunter, et on a généralement admis que la membrane offrait, dans toute sa surface, une intégrité parfaite, circonstance qui a paru singulièrement propre à servir de fondement à la dernière théorie.

Cependant, Krummacher, Burns, MM. Breschet et Dutrochet (1), Velpeau, etc., ont reconnu que la lame albumineuse, organisée à l'intérieur de l'utérus, se prolongeait jusque dans les trompes. Le dernier auteur, qui a plusieurs fois observé cette disposition, dit que ces prolongemens peuvent, dans certains cas, se porter assez loin dans le canal; *qu'ils y représentent des espèces de cornes.* On a également reconnu, à la surface d'œufs abortifs, une expansion de la caduque qui répondait au col de l'utérus, et je vais tout-à-l'heure en fournir un nouvel exemple.

La présence des prolongemens à l'intérieur des trompes aurait dû indiquer que ces canaux éprouvaient une dilatation proportionnée à celle de l'utérus, et cette disposition a été observée. Le professeur Magendie a vu une trompe qui avait

(1) Cooper, *Dissert. de abortionibus.* Lugduni-Batavorum, 1767. — Sandifort (Ed.) *Observ. anatomico-pathol.* Lugd-Batav. 1777, etc.

(2) *Bull. de la Faculté de Méd. de Paris*, t. VI, p. 477.

à son orifice jusqu'à un demi-pouce de diamètre (1), et de cette circonstance on devait conclure que les expansions placées à la surface de la caduque avaient été formées au dépens du fluide utérin, et par le même mécanisme que la membrane avec laquelle ils étaient en continuité parfaite; et c'est en ce point surtout que toutes les explications que l'on a données sont fautives.

En effet, si j'ai bien établi que les fausses-membranes se forment sur les surfaces exhalantes, pendant l'absorption que ces surfaces exercent à leur point de contact immédiat sur les fluides qui ont reçu des qualités toutes particulières d'une excitation physiologique ou morbide, il en résulte que le feuillet utérin de la caduque ne pouvait s'organiser au-devant de l'orifice dilaté de la trompe; qu'il devait plutôt se réfléchir, se mouler à son intérieur, et nécessairement y produire d'abord un tube membraneux, rempli d'un fluide en communication avec celui de la cavité de l'utérus, et c'est l'orifice de ce tube ouvert à la surface interne de la membrane qui a été observé par Hunter. Sans doute c'est à ce résultat que seraient arrivés les anatomistes qui ont remarqué les prolongemens, s'ils eussent considéré sous son vrai jour le mécanisme de leur formation. De même, si ceux qui ont voulu vérifier l'exactitude de l'assertion de Hunter eussent dirigé leurs recherches à la face interne de la caduque utérine, nul doute qu'ils n'eussent apperçu, au moins d'un côté, la perforation indiquée; mais aucun d'eux n'a fait une distinction convenable entre les deux feuillets de cette membrane. Ainsi, le docteur Moreau dit : *Mes collègues, MM. Cruveilhier et Codet, qui examinèrent le cadâvre* (celui d'une femme morte à six mois de gestation), *ne trouvèrent aucune trace d'ouverture à la membrane caduque, dont les deux portions, déjà unies et*

(1) *Physiologie*, t. II, p. 576, 2.e édition.

confondues, ne formaient plus qu'une seule et même membrane (1). On voit aisément qu'il n'était plus facile d'appercevoir les ouvertures, puisqu'alors les deux feuillets étaient réunis, et même il est probable qu'elles n'existaient plus à ce degré avancé de la conception.

Le docteur Velpeau, qui a signalé les prolongemens à l'intérieur des trompes, n'a point convenablement apprécié le mode de leur formation, et n'a pas reconnu que, d'après sa manière de voir, ils devaient opposer un obstacle à l'arrivée de l'ovule dans l'utérus. Selon cet auteur, l'ovule, qui rencontre dans la caduque une barrière qu'il ne doit pas franchir, détruit avec la plus grande facilité ces productions, *qui peuvent, dans certains cas, se porter assez loin dans les trompes*, et conséquemment doivent avoir alors une épaisseur plusieurs fois égale à celle de la membrane. *Dans aucun cas*, dit le docteur Velpeau, *je n'en ai trouvé deux* (prolongemens), *correspondre aux deux cavités tubaires, et cela s'explique, car en supposant qu'ils aient existé, l'ovule qui aura parcouru une des trompes, aura nécessairement dû détruire celui qui bouchait son passage* (2). Il est et me sera bientôt facile de donner une toute autre explication, et de prouver surtout que ce n'est pas la trompe vide qui a été parcourue par l'ovule.

Forcé de prendre un parti dans ce débat scientifique, au sujet de la membrane caduque, j'avais, d'après des recherches multipliées, donné la préférence au système de Chaussier etc.; et depuis plusieurs années, dans mes leçons, je l'établissais sur de nouvelles bases et d'après les développemens dans lesquels je suis entré, lorsque l'observation suivante est venue démontrer que mes explications étaient conformes à la marche que suit la nature pour préparer et faciliter l'arrivée de l'ovule à l'intérieur de l'utérus.

(1) Thèse citée, page 13.
(2) Mémoire cité, page 419.

Dans les premiers jours de juillet 1829, une jeune femme à laquelle je donnais des soins pour un anévrysme du cœur dont elle était très-anciennement affectée, vint me confier qu'elle se croyait enceinte de quelques semaines, et que depuis peu de jours, il lui était survenu une perte légère pour laquelle je lui prescrivis le repos et quelques boissons. Cette femme, qui avait des craintes fondées sur le danger de son nouvel état, en était cependant moins occupée que d'une leucorrhée qui avait succédé à sa perte, et qu'elle supposait provenir du fait de son mari. Le 2 août, elle se rendit chez moi avec l'intention d'être saignée; j'étais absent; elle retourna chez elle; mais à peine elle était entrée, qu'elle tomba sans vie sur le carreau; elle avait été frappée d'une apoplexie foudroyante. L'autopsie fut faite le lendemain; l'utérus avait le volume du poing et contenait un produit de la conception. Je le détachai, pour l'examiner avec soin, et il m'offrit les particularités suivantes :

J'ouvris l'organe du col vers son fond, en glissant avec précaution une sonde canelée sur laquelle je dirigeai des ciseaux; je fis en travers une seconde incision, et je m'aperçus que j'avais compris dans ma division la caduque utérine, qui adhérait assez fortement aux parois de l'utérus, mais qui était du côté gauche complètement détachée de la caduque ovarienne. Du même côté, le décollement était prolongé dans la plus grande partie de la face postérieure, et je pus facilement enlever l'œuf qui adhérait seulement du côté droit, et plus particulièrement au voisinage de la trompe, parce que c'est vers ce point que les vaisseaux placentaires étaient dirigés. Je reviendrai sur quelques-unes des particularités que m'offrit l'œuf; je m'occuperai d'abord de la caduque utérine.

La surface interne de cette membrane, aux points où elle était simplement contiguë au feuillet interne, par suite d'un décollement ancien, était comme villeuse et recouverte d'une exsudation muqueuse puriforme qui, plus abondante

dans le col de l'utérus, pouvait fluer au-dehors, parceque la membrane se perdait insensiblement sur les parois du col, à quelque distance de son orifice, qui était dilaté, et bien visiblement elle y était largement ouverte.

Au-devant de la trompe gauche, la caduque n'était nullement continue. Elle se prolongeait sous la forme d'un entonnoir à l'intérieur du canal qui avait à son orifice cinq lignes d'étendue. Avant de la détacher de la surface de l'utérus, j'introduisis un gros globule de mercure par le pavillon de la trompe. Je fus obligé d'exercer une légère compression pour lui faire franchir la partie moyenne du canal, et bientôt il arriva au dedans de l'entonnoir formé par la pseudo-membrane. Alors j'ouvris la trompe, et je vis que le tube membraneux qu'elle contenait avait une surface intérieure lisse, parfaitement continue à la face interne de la caduque utérine, et qu'il allait se terminer en se rétrécissant à la partie moyenne du canal, dont la dilatation finissait en ce point. La trompe droite ne paraissait pas avoir subi une ampliation bien apparente; et elle ne contenait aucun prolongement membraniforme.

En regardant à travers le feuillet étendu de la caduque détachée de l'utérus, je pus facilement reconnaître à l'œil simple qu'il contenait dans son épaisseur, et parallèlement à ses surfaces, plusieurs troncs vasculaires ramifiés à leurs deux extrémités par lesquelles ils s'anastomosaient entre eux. Il était évident qu'ils avaient pris naissance dans le tissu même de la membrane, et, quoique dans quelques points leur contour ne fût pas encore bien régulièrement déterminé, assurément on ne pouvait les considérer, ainsi que l'a prétendu le docteur Lippi, comme l'effet d'une simple infiltration sanguine. Nul doute que ce sont ces vaisseaux qui ont été décrits par Ruisch, Haller, Hunter, etc. Le docteur Lobstein a tenté en vain de les injecter; ils se déchiraient avec la plus grande facilité (1).

(1) *Essai sur la nutrition du fœtus.* In-4.°, p. 9.

J'ai peine à croire qu'on puisse démontrer dans les pseudo-membranes des séreuses la présence de vaisseaux provenans d'une simple extension de ceux des surfaces sur lesquelles elles se développent, comme semblent l'avoir admis quelques observateurs; et sans nul doute, ainsi que j'ai pu le remarquer, la caduque leur est absolument identique pour le développement et l'organisation. Seulement, cette membrane n'est point destinée à contracter une adhérence définitive avec l'utérus; elle n'offre point dans sa structure les nuances si diverses que les modes variés de l'irritation impriment aux fausses membranes des séreuses. Elle se développe sous l'influence de phénomènes purement physiologiques; enfin, sa disposition et ses rapports sont accommodés à la durée de son éphémère existence; car, dès que les vaisseaux placentaires agissent avec quelque intensité à la surface de l'utérus, toute l'activité de l'organe se concentre au seul point de contact avec le placenta. A ce moment, comme l'a remarqué M. Carus (1), la caduque est à son maximum de développement; mais bientôt après elle voit son organisation première s'obscurcir sous l'effet d'une lente absorption, et c'est alors qu'elle se présente avec les apparences d'inorganisation qui en ont imposé au docteur Velpeau. Ce physiologiste ne paraît pas avoir porté ses recherches sur la caduque utérine, dans les premiers temps de son développement, et souvent elle n'accompagne pas dans leur expulsion les œufs abortifs sur lesquels il a fait ses recherches; observée sur les placentas adultes, elle ne pouvait plus lui reproduire ses caractères primitifs; et c'est ainsi qu'il a été conduit à lui imposer le nom si impropre de membrane *anhiste* (2).

J'ai fait connaître dans quelle disposition se trouvait la membrane caduque utérine soumise à mon observation, et

(1) *Gynæcolog.*, vol. II, p. 16, *Leipsig*, 1820.
(2) *Accouch.*, tome I.er, page 236.

il en résulte d'une manière positive, qu'immédiatement après la conception, l'intumescence et la dilatation qu'éprouve l'utérus sont partagées par la trompe du côté où la fécondation a été opérée, et sans doute quelquefois par les deux trompes, si, comme on doit le présumer, dans quelques grossesses multipares, les deux ovaires ont éprouvé la même influence et ont concouru à fournir ces nouveaux produits. Alors la trompe ainsi dilatée est remplie par un fluide qui est en communication avec celui de l'intérieur de l'utérus. Bientôt les phénomènes organisateurs de la membrane s'étendent à ses parois, et y déterminent la formation d'un cylindre membraneux dont la cavité est continue avec celle de la caduque utérine. D'après cette disposition, il devient facile de suivre la marche des ovules. Ils arrivent dans la trompe et traversent le tube membraneux organisé à son intérieur. Alors ils se trouvent au milieu même du fluide utérin, et conséquemment au dedans de la caduque. Ainsi nul doute que devant cette explication de la marche si régulière des ovules, doit disparaître la théorie de leur involution à l'extérieur de la membrane qu'ils devaient trouver organisée au-devant de la trompe au moment de leur arrivée à l'orifice utérin de ce canal.

Cette théorie, telle que je la présente, diffère de celle de Chaussier, de M. Dugès, etc., en cela que ces auteurs ont admis que l'ovule arrivait au milieu du fluide utérin avant que la caduque fut organisée. Sans doute si ce passage dans la cavité utérine suivait d'aussi près le moment de la conception (7 ou 8 jours), que semble l'indiquer l'observation d'Evérard Home (1), il se pourrait qu'alors la caduque fût à peine ébauchée; mais on a reconnu que l'époque de l'arrivée de l'ovule dans l'utérus était variable, quelquefois tardive; qu'elle pourrait ne survenir qu'au vingtième jour, et dans ces cas c'est la dilatation de la

(1) *Trans. phil.* 1817. Part. II, p. 252.

trompe et le prolongement tubulaire de la caduque qu'elle qu'elle contient, qui rendent toujours possible et facilitent le passage de l'ovule. Cependant il se pourrait que les grossesse tubaires fussent le résultat d'un détachement tardif de l'ovule, et de son arrivée dans la trompe à une époque où l'organisation trop avancée du prolongement de la caduque mettrait obstacle à son passage.

Hunter s'est-il trompé lorsqu'il a avancé que la caduque était percée au-devant du col de l'utérus? D'abord il ne peut être mis en doute que l'exhalation du fluide utérin précède la formation de la caduque, qu'une portion de ce fluide doit occuper l'intérieur du col, et sans doute si l'orifice n'était point fermé, il pourrait s'écouler au-dehors : *quæ in utero gerunt harum os uteri clausum est.* (Hipp., *Aphor.*) Soumis à l'absorption, ce fluide doit bientôt se trouver enveloppé par un prolongement de la caduque, et c'est alors que la perforation existe dans le sens de Hunter; mais cette disposition ne doit pas tarder à disparaître, parce que, dans les premiers temps de l'évolution du fœtus le col ne suit point l'expansion qu'éprouve seul le corps de l'utérus : alors la masse du fluide qu'il contient s'organise entièrement, et forme une sorte de tige qui semble soutenir ou plutôt qui ferme la partie inférieure de la caduque. C'est en cet état qu'elle a été observée par le docteur Velpeau; mais on est surpris de lui entendre dire qu'elle existe toujours sous la forme de cordons pleins et concrets, *et que jamais elle n'est percée naturellement* (1); puisque cette idée est peu en harmonie avec les lois de la formation des pseudo-membranes, et que des faits militent contre elle; car si une exhalation sanguine ou séreuse apparaît dans les premiers temps de la gestation à l'intérieur de la caduque, alors le fluide en excès se fraie un passage à travers le cylindre membraneux du col pour s'échapper au

(1) *Accouch.*, tome I.er, p. 231.

dehors, et cette disposition se remarquait chez le sujet de mon observation. Elle établit bien positivement, contre le sentiment du docteur Breschet (1), que la figure donnée par M. Carus, de ce prolongement de la membrane, ouvert à son extrémité, pouvait être exacte, et, selon toute apparence, ce professeur en avait pris le dessin sur un cas pathologique semblable à celui que j'ai fait connaître.

Parmi les usages que MM. Moreau et Velpeau attribuent à la caduque, d'après la supposition que l'œuf se développe à sa surface externe, sont ceux de maintenir l'œuf sur un point de la cavité utérine, de prévenir sa précipitation vers le col, et d'empêcher l'implantation si défectueuse du placenta sur cette partie. Cependant cette implantation a lieu quelquefois, et cette puissante objection aurait suffi à elle seule pour ébranler fortement tout le système; mais on devait remarquer que le fluide de l'utérus avait une consistance gélatineuse, comme tous ceux qui sont le produit d'une excitation vive des organes, et sans doute l'ovule, à mesure qu'il se développe, en grande partie composé des fluides séreux de la vésicule ombilicale, de l'allantoïde, de l'amnios, devait avoir une pesanteur spécifique moindre que celle du fluide utérin, et peut-être devrait-on faire intervenir cette circonstance au nombre de celles qui déterminent sa situation la plus ordinaire vers le fond de l'utérus.

Au reste on n'a point assez recherché les causes des particularités si spéciales qu'offrent, aux époques périodiques et pendant la gestation, l'utérus de la femme et les enveloppes du fœtus. On aurait reconnu qu'elles sont toutes comprises dans la nécessité de la station bipède, et de l'énergie si nécessaire pour l'expulsion d'un fœtus dont la tête était si volumineuse. *In dolore pariet mulier;* Génèse

(1) *Répertoire d'anat.*, etc., tome VI, p. 414.

chap. III, vers. 16 : Expression qui renferme un sens physiologique de l'ordre le plus élevé (1).

Je vais maintenant exposer les particularités que je remarquai sur l'œuf, qui avait été extrait de l'intérieur de la caduque utérine. Comme je l'ai indiqué, les deux feuillets de la membrane n'étaient bien distincts qu'aux points où ils étaient simplement contigus par suite d'un décollement ancien. Dans sa partie libre le feuillet ovarien était au moins triplé d'épaisseur par l'addition d'une couche sanguine, déjà altérée par l'absorption, et qui lui était intimement unie. Elle provenait bien évidemment d'une exhalation qui avait eu lieu à l'intérieur de la caduque, puisque d'une part, le feuillet utérin avait conservé ses rapports avec l'utérus, et que d'autre part les vaisseaux placentaires, situés dans un point opposé au décollement, étaient parfaitement intacts.

Cette disposition morbide fait assez connaître que les pertes utérines ne proviennent pas toujours d'un décollement du placenta, comme on l'a cru jusqu'à ce jour, mais peuvent survenir par simple exhalation sanguine à l'intérieur de la caduque, ainsi que sont produits quelques épanchemens sanguins entre les feuillets contigus des fausses-membranes de la plèvre, comme Bayle, Laennec et autres médecins l'ont observé. C'était bien le cas de la femme chez qui j'ai pu faire ces remarques ; les fleurs blanches, dont elle suspectait l'origine, provenaient de l'exsudation des surfaces désunies, et elles n'étaient, ainsi que le décollement, qu'un résultat secondaire de l'exhalation sanguine d'où la perte était provenue.

On a demandé comment la menstruation pouvait être

(1) L'anathême est porté contre la femme, du moment qu'elle a goûté du fruit de l'arbre de la science. Il en devait résulter, 1.° une plus grande activité des fonctions intellectuelles ; 2.° conséquemment une nutrition plus active; 3.° partant un plus grand volume de la tête, etc., etc.

produite pendant la grossesse. On a dit que sans doute elle était limitée au col de l'utérus, à la partie supérieure du vagin; et on a donné sur les causes de cette particularité des raisons peu physiologiques. Il me paraît bien plus convenable d'admettre que souvent, dans ce cas, l'exhalation s'effectue à la surface de la caduque utérine, et que le sang se fraie bientôt un passage à travers le prolongement de cette membrane qui tapisse le col utérin. Nul doute qu'on doive attribuer à ces exhalations à l'intérieur de la caduque, et aux décollemens plus ou moins étendus qui en résultent souvent, la plupart des avortemens qui ont lieu dans les premiers temps de la gestation. L'on sait qu'ils surviennent le plus ordinairement au temps qui répond aux époques menstruelles, et cette cause devient évidente pour ceux dans lesquels l'œuf se dégage de la caduque utérine, qui, souvent alors, n'est expulsée que plusieurs jours après, comme on en a de fréquens exemples, et ainsi que j'ai eu occasion de l'observer récemment. L'intensité de l'irritation et l'étendue du décollement doivent donner la mesure du danger de l'avortement, et il est probable que cette contiguité des surfaces de la caduque peut disparaître sous l'influence d'un traitement convenable, par l'effet d'une adhésion consécutive, surtout dans les cas où il n'y aurait point d'obstacle produit par une masse sanguine considérable, comme cela arrive souvent. Dans l'observation que j'ai rapportée, on a vu que le décollement occupait plus de la moitié de la circonférence de l'œuf, et probablement il aurait plus tard entraîné l'avortement.

C'est cette contiguité si étendue, soumise à mon observation, établissant, comme on l'a vu, une communication parfaitement libre depuis l'orifice de l'utérus jusqu'à l'ovaire, qui m'a porté à penser, comme je l'ai exprimé dans un précédent travail (1), qu'une superfétation pourrait peut-

(1) *Mém. sur les monstruosités par inclusion.* Caen, 1829. In-8.°

être avoir lieu par l'effet d'une imprégnation produite à l'ovaire ou dans la trompe dilatée, et peut-être à l'utérus même à travers l'intérieur de la caduque; et la transmission des *spermatoïtes*, dans ce cas, ne me paraît pas plus difficile à admettre que celle qui doit avoir lieu à travers l'utérus et la trompe dans l'état normal de ces organes.

Je renvoie à un second mémoire l'exposition de plusieurs particularités capables d'éclairer l'organisation et les fonctions de quelques autres parties des annexes du fœtus.

Du siège et de la nature de la maladie improprement appelée orchite blennorrhagique ou testicule vénérien; par J. A. Rochoux, médecin de l'hospice de la Vieillesse (hommes), membre de l'Acad. royale de Médecine, etc.

Une de ces circonstances dont le souvenir s'efface difficilement de la mémoire, m'avait prouvé que la maladie vulgairement appelée *chaude-pisse tombée dans les bourses*, avait pour siége la tunique vaginale du testicule et consistait en une inflammation de cette membrane séreuse. Il m'arriva un jour, dans un examen, d'émettre cette opinion en présence de M. Roux, qui fut loin de la partager. Je n'y renonçai pas pour cela, et j'attendais l'occasion de la justifier, lorsque M. Gaussail (1) est venu m'en fournir le moyen. Maintenant que, grâce à son travail, je puis enfin invoquer les données de l'anatomie pathologique en faveur de ma manière de voir, je ne dois pourtant pas négliger de faire connaître les analogies, les faits, les observations qui auraient dû depuis longtemps en démontrer la vérité, s'ils eussent été convenablement interprêtés.

Il y a quelques exemples de personnes déjà atteintes

---

(1) *Mémoire sur l'orchite blennorrhagique*. Archives gén. de Méd., 1831, tome XXVII, page 188.

d'hydrocèle qui, ayant éprouvé, par suite d'une gonorrhée, l'accident connu sous le nom de chaude-pisse tombée dans les bourses, lui ont dû la guérison de leur hydrocèle. Ces faits à la vérité ne sont pas très-communs, mais il n'est sans doute pas d'homme un peu versé dans l'étude des maladies chirurgicales, qui n'en ait vu ou lu des exemples. Comme il fallait bien les reconnaître, on les expliquait par l'hypothèse d'un changement survenu dans la vitalité de la tunique vaginale, tel, que l'état propre à l'inflammation chronique ou plutôt à l'hydropisie était remplacé par l'état dit inflammatoire : on n'allait pas plus loin. L'analogie qu'il y avait entre ce cas et celui de la résolution du testicule vénérien non-précédé d'hydrocèle, n'était pas aperçue, ou plutôt la persuasion où l'on était que cette dernière affection atteignait réellement la glande sécrétoire du sperme, ne permettait pas de songer à un rapprochement qui ne cadrait nullement avec une pareille opinion. Elle s'opposait aussi à ce qu'on reconnût le véritable caractère de la douleur vive que détermine le testicule dit vénérien. On la comparait toujours à celle que produit le froissement très-fort de l'organe spermatique, au lieu de reconnaître qu'elle était absolument la même que la douleur qui, dans la cure radicale de l'hydrocèle au moyen de l'injection, est bien évidemment causée par l'impression irritante du vin sur la tunique vaginale.

La formation si prompte de la prétendue tumeur du testicule n'inspirait même pas le moindre doute à l'égard de son siége, tant on le croyait rigoureusement déterminé. Cependant la plus légère réflexion sur son rapide développement eût dû montrer qu'elle ne résidait pas dans le testicule. En effet, cet organe est entouré d'une tunique fibreuse très-dense, fort épaisse, et l'on sait qu'un pareil tissu ne saurait se laisser distendre brusquement à un degré tant soit peu considérable; exemple : ce qui arrive dans les ophtalmies internes très-intenses, où la sclérotique se rompt

avec éclat, si on n'a pas le soin de l'ouvrir pour prévenir les douleurs affreuses qui précèdent cet accident. Or, il serait vraiment déraisonnable, en présence de ce fait, d'admettre que la tunique albuginée est susceptible de se dilater en peu de jours et souvent en peu d'heures, au point d'acquérir un développement de surface quinze ou vingt fois supérieur à son étendue ordinaire, comme il faudrait qu'elle le fît, si elle servait d'enveloppe intérieure à ces tumeurs arrondies, alongées, du scrotum, dont le grand diamètre a souvent quatre ou cinq pouces. Personne cependant n'était retenu par l'obligation d'adopter cette conséquence inadmissible, et l'on n'accordait pas plus d'attention à un autre fait également bien avéré; savoir que les inflammations qui ont vraiment leur siége dans le testicule se terminent presque toujours par suppuration, tandis que la résolution est au contraire la terminaison si habituelle du testicule vénérien, que je n'ai pas lu un seul exemple d'abcès produit par cette maladie cependant très-fréquente.

Enfin, la préoccupation des esprits était telle, que l'on observait, que l'on décrivait très-exactement toutes les phases, toutes les circonstances du développement de la tumeur, sans rien changer aux idées qu'on avait sur sa composition. Ainsi, on avouait que la douleur du début se propageait le long du canal déférent et venait se terminer à l'épididyme où elle paraissait se fixer. On savait que là aussi commençait l'engorgement qui, recouvrant d'abord le haut du testicule, formait une tumeur séparée de cet organe par une sorte d'étranglement, puis l'enveloppait peu-à-peu de manière à le faire disparaître entièrement. On avait constaté qu'au commencement surtout, cette tuméfaction donnait lieu à une fluctuation si manifeste que presque tous les auteurs la signalent, mais en ajoutant que c'est un symptôme illusoire. La vérité, cependant, est que rien n'est plus réel que l'existence d'une fluctuation facile à constater pour quiconque observe le testicule vénérien au début de

sa formation (1), car à une époque un peu plus avancée, l'extrême sensibilité des parties malades s'oppose à ce que l'on puisse bien reconnaître la fluctuation, et quand le mal prend la voie de la résolution, l'épaisseur du liquide dont la portion purement aqueuse a été en grande partie résorbée, jointe à l'épaississement de la tunique vaginale, donnent à la tumeur les caractères qu'elle aurait, si elle était formée par un organe solide.

Les données que nous venons de récapituler rapidement ont beau être concluantes, et s'accorder toutes également bien avec la supposition d'une inflammation siégeant dans la tunique vaginale, elles seraient impuissantes contre le préjugé généralement établi (2), si les faits d'anatomie pathologiques n'anéantissaient toutes les objections que l'on pourrait encore, sans eux, élever contre notre opinion. Avec leur appui, elle n'est plus attaquable, comme tous ceux qui voudront recourir aux observations de M. Gaussail pourront facilement s'en convaincre. Ils y verront que, dans deux d'entre elles, où il est question de sujets morts affectés du testicule vénérien, la tunique vaginale contenait, en proportion du volume de la tumeur, *de la sérosité trouble, épaisse, légèrement sanguinolente*, (3) ou *une matière épaisse et glutineuse* (4). Dans le premier de ces cas, le testicule était sain; dans le second, il contenait des tubercules dans son centre, et la marche de la maladie, quoi-

(1) Bien que le testicule vénérien ne soit pas une affection très-fréquente à Bicêtre, j'ai eu pourtant déjà deux fois l'occasion de l'y observer, et de faire nettement reconnaître à plusieurs élèves la fluctuation qu'il offre si évidemment à son début.

(2) S'il fallait un exemple pour prouver combien le préjugé, qui place le siège de l'orchite dans le testicule lui-même, a jeté de profondes racines, je citerais M. Gaussail, qui, quoique n'ayant jamais vu le testicule enflammé dans ses observations, ne balance pas à croire à son inflammation dans la maladie qui fait le sujet de son mémoire. (*Op. cit.*, pag. 209 et suiv.)

(3) *Op. cit.*, p. 200.

(4) *Op. cit.*, p. 203.

que n'ayant pas été décrite avec toute l'exactitude désirable, a été cependant assez bien indiquée pour préparer les esprits à l'existence de cette complication.

De tels faits sainement appréciés ne permettent pas, ce me semble, de douter que la maladie attribuée à l'engorgement inflammatoire du testicule, ne tienne à l'inflammation de la tunique vaginale et à la secrétion abondante de liquide qui s'opère dans cette membrane, en s'accompagnant de circonstances très-propres à simuler une affection du testicule. On voit par là, que de tous les noms imposés à l'affection qui nous occupe, le moins mauvais encore malgré sa trivialité, est celui de *chaude-pisse tombée dans les bourses*, puisqu'il place assez explicitement le siége du mal dans l'enveloppe du testicule. Nous proposerions donc de le conserver, si celui de *vaginalite* aiguë ne nous semblait préférable sous tous les rapports. Quoi qu'il en soit, la petite dissertation que l'on vient de lire est une des preuves si fréquemment renouvellées dans notre art, et pourtant si impuissantes à prévenir les mêmes fautes, des obstacles que les idées préconçues opposent à l'établissement de la vérité, non pas seulement quand il s'agit de découvertes importantes, mais même à l'égard des faits les plus minimes, comme celui qui vient de nous occuper. Deux autres causes agissent dans le même sens; d'une part, les habitudes de dénigrement et d'envie si familières chez nous autres médecins qu'elles ont attiré l'attention de l'Ecclésiaste (1) et nous portent à repousser tout ce qui est donné comme nouvellement observé; de l'autre, cette paresse si largement répartie aux hommes, qui les attache irrévocablement à ce qu'ils croient savoir, par la crainte de se voir forcés à de nouvelles études, si les premières les mettaient dans l'obligation d'apprendre ou d'oublier. Ces deux vices d'esprits expliquent la lenteur affligeante avec laquelle marche notre science. Le rappeler à

(1) *Nulla invidia pejor invidiâ medicorum.*

chaque instant serait une tâche que chacun de nous ambitionnerait de remplir, si elle devait être le remède du mal qu'elle aurait pour but de guérir.

Recherches sur la blennorrhagie non siphilitique; par M. J. Pigeaux, *D. M. P.*

L'étude des maladies vénériennes est une des plus généralement négligées. Si l'on excepte quelques médecins spéciaux et quelques élèves que le manque de place dans les autres hôpitaux envoie chaque année, presque à leur corps défendant, dans les services principalement affectés au traitement de ces affections, à peine trouve-t-on dans la pratique quelques médecins qui aient sur ce genre de maladie, si commune et si remarquable, des notions qui leur soient propres, ou qu'ils aient au moins contrôlées par une étude clinique consciencieuse. Les plus zélés s'en tiennent à un examen des plus superficiel des principaux symptômes de la maladie qu'on leur fait passer devant les yeux comme pour acquit de conscience, dont ils n'étudient ni la marche ni les particularités, et dont ils ne voient jamais qu'en théorie, et tout au plus sur quelques cas isolés, les résultats thérapeutiques. La parole du maître et ses opinions ont pour le corps médical pris en masse force de chose jugée; sa supériorité connue dans la pratique journalière fait passer condamnation sur les parties où son autorité pourrait être contestée. D'ailleurs, la brièveté du temps généralement employé pour le long apprentissage de la médecine, les difficultés dont sont hérissées les études spéciales, la commodité d'adopter des opinions toutes faites, faciles à saisir, et qui vous permettent de vivre en bonne intelligence avec vos confrères, qui s'arrangent assez bien avec vos intérêts, et mille autres considérations aussi puissantes, rendent suffisamment compte du servilisme dogmatique qui

pèse sur les médecins relativement à ce sujet. Aussi, les erreurs et les vérités qui ont cours dans cette branche de la science ont-elles peu de fondement : adoptées ou rejetées sans conviction bien profonde, sans prévention systématique, par insouciance plutôt que par préjugé, elles trouvent aujourd'hui peu de fanatiques; à peine en existe-t-il qui au besoin ne trouveraient grace devant la plupart des praticiens, quelles que soient d'ailleurs leurs opinions médicales.

C'est dans cette conviction que j'ai résolu d'exposer ce que j'ai observé sur la blennorrhagie en général, et spécialement sur celle qui ne procède pas d'une infection siphilitique.

L'existence de cette espèce de blennorrhagie n'est plus aujourd'hui contestée, mais les difficultés dont son diagnostic positif se trouve environné, semblent avoir donné gain de cause à ceux qui professent que toute blennorrhagie survenue après le coït est siphilitique, ou au moins assez suspecte de virulence ou de spécificité pour être traitée comme telle! Aussi, exception faite de quelques articles de compilation où se trouvent avancées et réfutées dans la même page des assertions banales et des railleries contre la prétendue simplicité de médecins ou dupes ou trompeurs, à peine trouve-t-on quelques recherches spéciales et consciencieuses sur un point de pathologie qui est cependant de la plus haute importance.

Dans le cours de mes études médicales, étant connu de mes condisciples et de mes camarades de collège, pour avoir été à l'hospice du Midi (les Vénériens), j'ai très-fréquemment eu occasion de voir ce genre d'affection si commune chez les jeunes gens de toutes professions. Je vais présentement chercher à résumer ce que l'ensemble de tous ces faits, appuyés ou infirmés par les auteurs spéciaux, m'a suggéré. Si je pouvais avoir quelque peu avancé le diagnostic différentiel des nombreuses variétés d'écoulemens de l'urètre, et précisé davantage la thérapeutique qu'on doit leur

opposer en la basant sur les distinctions des causes qui les ont produites, je m'estimerais fort heureux d'avoir osé entreprendre une tâche devant laquelle ont reculé ou qu'ont à peine effleurée les auteurs des plus remarquables traités des maladies siphilitiques; si je pouvais avoir préservé quelques jeunes gens de l'influence souvent si nuisible des traitemens mercuriels mal administrés, et surtout pris au milieu des plaisirs ou des travaux immodérés, dussé-je être accusé de n'avoir pas, par préoccupation, prévenu quelques accidens consécutifs dont l'absence de traitement spécifique est fort innocente, comme j'ai cherché à le démontrer dans un mémoire spécial (*Arch. de Méd.*, janv. 1833, p. 19), je croirais n'avoir pas démérité de la science et de l'humanité qui doivent être l'objet de nos constantes sollicitudes.

Le diagnostic des blennorrhagies, presque uniquement basé sur des circonstances de forme et de coloration, devait rester fort imparfait, les considérations tirées du mode d'invasion ou de la marche de la maladie, des causes qui l'ont produite, ayant été presque passées sous silence et peu approfondies, nous allons présentement examiner le parti qu'on eût pu en tirer, et les lumières qu'elles pouvaient apporter pour éclairer la question.

L'écoulement de *couleur* et de *densité* très-variables qui caractérise les blennorrhagies dont il a fourni la dénomination générique, étant inhérent à la stimulation de divers tissus qui restent les mêmes dans toutes les variétés de l'affection, ne pouvait pas plus servir de signe différentiel, que le pus de la variole, pour le distinguer de celui de l'ecthyma ou de l'impetigo, bien qu'introduits l'un et l'autre sous le derme ils donnassent des résultats si différens. Aussi, bon gré malgré, les physiologistes s'accordent-ils généralement aujourd'hui pour rendre ce symptôme à sa juste valeur, et à chercher les élémens de leur diagnostic différentiel (lorsqu'ils en établissent encore, ce qui devient de plus en plus rare), sur d'autres considérations que celle de la couleur

blanche, jaune ou verte, entourée ou non d'une auréole noirâtre, laissée par l'écoulement sur le linge du malade. Les seules conséquences qu'on puisse présentement en déduire se rattachent entièrement à l'acuité et à la période où se trouve l'affection urétrale, et sous ce point de vue elles n'ont encore rien d'absolu, car il est des blennorrhagies siphilitiques, ou non, dont l'écoulement ne devient jamais vert : d'autres qui se terminent par cette coloration; tandis qu'en général la couleur blanche crémeuse est d'un plus favorable augure.

La durée et l'acuité de l'écoulement ne se trouvent pas dans les mêmes conditions : les praticiens sont extrêmement divisés d'opinion sur la valeur symptomatologique de ces particularités de la blennorrhagie; les uns, et c'est le plus grand nombre, voulant justifier l'idée qu'ils se font de la malignité du virus, affirment que les blennorrhagies siphilitiques sont et plus aiguës et plus opiniâtres que celles qui ont un tout autre caractère; par contre, les praticiens les plus justement famés de Paris, pour le diagnostic et la thérapeutique des maladies vénériennes, pensent que les écoulemens franchement siphilitiques, tels qu'ils s'observent pendant l'instance d'autres symptômes de même nature, sont d'ordinaire peu douloureux, et qu'ils se résolvent avec autant de facilité que tous les autres, lorsqu'ils sont convenablement soignés. Assurément on aurait tort de donner, sans restriction, la bénignité des écoulemens comme un signe pathognomonique de leur essence virulente, trop de faits contradictoires s'élèveraient contre cette assertion; mais abondant dans l'opinion des Swediaur et des Cullerier, qui a été confirmée par l'examen attentif du phénomène, je désire faire de ce caractère de la blennorrhagie spécifique une arme contre ceux qui veulent arguer de la nature du mal par les douleurs qu'il occasionne.

Quant aux caractères tirés de la durée de l'affection ils sont moins précis, si l'on n'établit pas une distinction

entre la période aigue et celle d'indolence de la maladie, car, en somme, si la blennorrhagie virulente dure d'ordinaire aussi longtemps que les autres, sa période d'acuité étant bien moins longue, d'après l'importance attachée à ces phases de la maladie, on pourra soutenir, avec égal avantage, l'une et l'autre opinions.

La sensibilité, d'ailleurs si variable de la peau et des muqueuses, la facilité ou la lenteur à se résoudre des affections qui s'y sont développées, qui diffèrent, non-seulement dans chaque individu, mais sur le même individu selon l'état général de sa santé, devaient faire pressentir que la susceptibilité personnelle, locale ou générale, modifierait à l'infini l'intensité de la douleur occasionnée par le passage des urines, par l'érection et par l'afflux du sang vers la partie malade. Notons toutefois que la spécificité de l'écoulement ne contribue en aucune manière à accroître les douleurs.

Les caractères locaux de ces affections, manquant de précision dans la détermination de leur diagnostic différentiel, leur marche et leur durée ne donnant que des signes fort équivoques, examinons le mode d'invasion de chacune d'elles en particulier.

La blennorrhagie qu'on pourrait nommer *traumatique*, produite par une excitation toute locale, résultant, soit d'une violence des parties ou de leur souillure par un fluide sécrété autre que le virus siphilitique, se déclare presque immédiatement : elle ne saurait survenir après quelque jours de repos ou de sédation complète des parties; ses progrès sont d'ordinaire rapides et sa durée médiocre, à moins qu'elle ne soit entretenue par une lésion organique; son début cependant n'est pas toujours aussi aigu, elle commence par un léger prurit qui monte insensiblement jusqu'au ton de la plus vive cuisson, mais sans intervalle bien sensible entre la cause et l'effet de la maladie. La blennorrhagie siphilitique au contraire procède d'une toute autre

manière ; elle a constamment une *période d'incubation* dont la durée varie, en général, entre deux et huit jours, quoiqu'à l'exemple de la variole, elle soit le plus souvent de quatre jours. Cette circonstance est de la plus haute importance ; dans toutes les tentatives avec réussite de l'inoculation du virus siphilitique, elle se trouve mentionnée; je l'ai constatée dans les cas d'affections siphilitiques pustuleuses ou autres, qui se compliquent d'écoulement urétral : je m'explique difficilement le motif qui l'a fait passer sous silence. Cette incubation constitue un des caractères essentiels et pathognomoniques de la blennorrhagie siphilitique. Cette période d'incubation est presque toujours complètement exempte d'excitation locale ou générale, et tel qui se flatte d'avoir échappé au danger qu'il a couru se réveille au bout de quelques jours avec une ardeur urétrale dont la première ou la seconde émission de l'urine vient lui révéler toute la conséquence : *Hæret lateri lœthalis arundo.* Au reste, cette incubation est commune à toutes les affections spécifiques : les autres symptômes primitifs de la maladie vénérienne n'apparaissent jamais avant cette époque, ce qui m'a souvent permis de les différencier d'autres symptômes analogues. Cette considération, tirée du mode d'invasion, me paraît donc de la plus haute importance pour le diagnostic différentiel des variétés de la blennorrhagie.

Il ne faudrait cependant pas croire qu'une blennorrhagie est toujours exempte de spécialité, lorsqu'elle vient immédiatement après l'acte de la copulation; car, si l'infection préalable a eu lieu, comme elle ne laisse aucune trace de son existence, le coït peut quelquefois devenir cause déterminante d'une blennorrhagie, dont on a pris le germe dans un rapprochement sexuel antécédent.

Par contre, les relations possibles de coïncidence entre un coït non infectieux et l'apparition ultérieure d'une blennorrhagie d'origine semblable demandent quelque

réserve pour les conclusions qu'on serait d'abord tenté d'en tirer. Mais heureusement que d'autres circonstances vont nous permettre de différencier ces cas, réunis jusqu'alors par quelques points de contact, qui rendent spécieuse au moins leur assimilation. La manière dont se comportent ces deux genres de blennorrhagie mis en parallèle va servir de texte à la controverse.

Nous n'insisterons pas davantage sur la blennorrhagie traumatique : elle a des caractères assez tranchés pour pouvoir être reconnue tout d'abord et sans équivoque par un examen attentif.

La blennorrhagie qu'on pourrait appeler *rhumatismale*, à cause des symptômes qui la précèdent ou des métastases auxquelles elle est sujette, est assurément la plus fréquente de toutes les urétrites non siphilitiques, et celle que l'opinion générale range au nombre des plus virulentes. Elle succède souvent à douleurs vagues; quelquefois elle précède le rhumatisme articulaire qui est alors suspecté dans son essence. On connaît ses déplacemens sur la conjonctive, sur le testicule et l'épididyme, etc. : elle voyage d'un point à un autre à la manière des érysipèles. Elle n'a pas d'endroit fixe pour envahir le canal de l'urètre, mais elle en parcourt toute l'étendue, en procédant d'avant en arrière ou en sens inverse; quelquefois elle se glisse par les canaux éjaculateurs jusqu'aux vésicules séminales et aux canaux déférens; son invasion est brusque et inopinée, elle acquiert en peu d'heures toute l'intensité dont elle est susceptible. Combien de fois est-elle venue troubler le repos conjugal, par les soupçons qu'elle a fait naître et qu'il est si facile d'appaiser par la considération de son développement exclusif chez l'un des conjoints, et surtout par l'innocuité de l'écoulement qui l'accompagne, comme on peut s'en assurer par l'inoculation. Elle reste peu de temps à la même place; mais dans sa marche progressive, restant toujours à peu près au même type d'acuité, elle devient une des plus douloureuses af-

fections de ce genre. En un mot, elle se comporte comme toutes les maladies rhumatismales, elle en a les conséquences, les récidives, et ne réclame pas d'autre traitement. Je l'ai vue plusieurs fois succéder à un érysipèle, à un embarras gastrique, ou alterner avec ces affections.

Elle diffère, comme on le voit, des deux précédentes espèces de blennorrhagies, et par sa cause et par l'ensemble de ses symptômes; mais n'ayant rien de fixe dans son apparition, elle peut fort bien se développer quelques jours après le coït, et simuler d'abord la blennorrhagie siphilitique.

Celle qui succède à un embarras gastrique est ordinairement bénigne et passagère, à moins qu'on ne l'entretienne par des boissons trop abondantes, une diète intempestive ou des mercuriaux pris à l'intérieur. Un émétique ou un émeto-cathartique en fait promptement justice.

La dentition chez les enfans s'accompagne souvent d'un échauffement des parties génitales, puis d'un écoulement qui cède le plus souvent avec les symptômes de réaction qu'a déterminés le développement des nouveaux germes dentaires. J'ai eu quelques occasions de voir, chez des jeunes gens de dix-huit à vingt-cinq ans, l'apparition des dernières molaires, connue sous le nom de dents de sagesse, s'accompagner des mêmes accidens. En procédant au diagnostic de la blennorrhagie, c'est une circonstance qu'on ne doit pas oublier de chercher à constater.

La réaction qui vient à la suite d'une sueur rentrée, d'une transpiration habituelle ou accidentelle supprimée, s'effectue tantôt sur le poumon et détermine un catarrhe ou une pneumonie; chez d'autres, elle se porte sur les intestins ou le cerveau suivant la susceptibilité organique particulière; en vertu de la même loi, cette réaction se fait souvent, chez les personnes qui ont eu une ou plusieurs blennorrhagies antécédentes, sur le canal de l'urètre. Les excès, de quelque genre qu'ils soient, ont dans les mêmes conditions des ré-

sultats analogues : les chaudes-pisses à répétition n'ont pas d'autre origine.

L'action des liqueurs en fermentation sur les voies urinaires et sur l'urètre en particulier est bien connue ; la bière, le cidre, le vin nouveau, occasionnent des écoulemens dont on ne suspectera pas la source.

Une cause moins connue d'écoulemens, et des plus communes chez les femmes, c'est la constipation permanente à laquelle les condamne la bienséance de leur position sociale : celle-ci cède le plus souvent à de légers laxatifs, à des lavemens, et surtout en rompant l'habitude contractée de retenir les matières fécales amoncelées dans les dernières voies.

Chez les jeunes gens de tout sexe renfermés ou privés des communications sexuelles, on sait combien la masturbation détermine d'écoulemens rebelles à tout autre moyen que la cessation des habitudes vicieuses. Chez de très-jeunes enfans les lombrics accumulés dans le rectum ont souvent le même effet. Les calculs rénaux ou vésicaux agissent encore de la même manière par l'excitation douloureuse qu'ils déterminent à l'extrémité de la verge : l'écoulement de pus de la néphrite ou de la cystite a quelquefois simulé une blennorrhagie chronique, et fait prescrire un traitement approprié.

Nous avons précédemment indiqué les caractères principaux qui signalent l'invasion d'une blennorrhagie siphilitique, nous les avons ensuite opposés à ceux des divers écoulemens urétraux qui lui ont été assimilés. Pour achever le parallèle, nous dirons que la blennorrhagie spécifique est d'ordinaire fixe à l'endroit où elle s'est primitivement développée, et que ce lieu d'élection est rarement l'orifice de la verge, mais bien sa portion membraneuse et la spongieuse ; qu'elle s'accompagne plus souvent que toute autre de l'incurvation de la verge (chaude-pisse cordée), par suite de la rigidité qu'elle imprime à la partie de l'urètre où elle s'est

fixée, qu'il est très-fréquent de la rencontrer accompagnée d'autres symptômes vénériens moins équivoques, tels que chancres et bubons primitifs, et qu'enfin elle dure peu à l'état aigu (15 jours environ), mais qu'à cause des ulcérations qu'elle détermine ou dont elle s'accompagne, elle reste fort longtemps indolente et opiniâtre aux médications qui ne tendent pas à cicatriser les ulcères ou à détruire les cicatrices vicieuses qui en sont résultées. En somme, la blennorrhagie siphilitique diffère au moins autant des écoulemens analogues par son incubation, son invasion, sa marche, sa terminaison, par l'ensemble de ses symptômes en un mot, que la gastrite cancéreuse, que la pneumonie tuberculeuse, que la variole, de la gastrite simple, de la pneumonie sans complication, des autres affections pustuleuses. On doit donc, dès-lors, faire tout son possible pour arriver au diagnostic positif, si surtout on attache une importance réelle à la spécificité de l'affection, pour y opposer un traitement approprié.

Le traitement de la blennorrhagie est encore moins connu que son diagnostic positif. Les uns n'y voient que la spécificité, y opposent de prime-abord et à outrance les médicamens du même genre; les autres, ayant seulement égard à l'élément inflammatoire de l'affection locale, épuisent contre elle toutes les batteries antiphlogistiques. Presqu'aucun praticien n'a égard à la cause qui l'a fait naître, à moins qu'elle ne soit par trop évidente, comme celle qui provient du séjour des sondes dans le canal. En matière de thérapeutique, l'étiologie sagement interrogée devient cependant la source des plus sûres indications à remplir dans le traitement des maladies. Presque tous les médecins omettent de faire attention aux circonstances secondaires, aux complications de la maladie qui, seules et indépendamment de la spécificité et de l'inflammation première, suffisent pour l'entretenir presqu'indéfiniment, telles que pour l'état aigu : 1.° le passage de l'urine, 2.° l'excitation des

organes génitaux, par suite de la continence où se tiennent des jeunes gens qui n'y sont pas habitués; 3.° les érections qui en résultent avec ou sans rupture des parois du canal; et pour l'état chronique 1.° la débilitation du sujet, consécutive à la diète et aux boissons dont on les abreuve, 2.° la débilitation locale de la muqueuse du canal qui s'est habitué à secréter un excès de mucus ou de pus dont la source est intarissable, lorsqu'on persévère dans les mêmes voies médicatrices; 3.° les ulcérations et les brides vicieuses qui entretiennent l'excitation du canal.

D'après l'ensemble de ces considérations, voici le traitement que j'ai cru devoir adopter pour les blennorrhagies. Les bases en sont tirées des principes suivans :

1.° Considérer : si elle est *idiopathique*, la combattre localement; si elle est *sympathique* ou *symptômatique*, détruire ou laisser passer la cause qui l'a fait naître ou qui l'entretient, ensuite la traiter par des topiques, pour achever la guérison, si elle n'a pas suivi la disparition de la cause morbifique générale.

2.° Si elle est spécifique, regarder cette circonstance comme non avenue tant qu'elle est à l'état aigu; libre ensuite à chacun selon ses opinions d'ajouter ou non des préparations mercurielles, pour consolider la guérison.

3.° Avoir égard aux complications; faire tomber les érections et l'éréthisme des parties génitales par quelques pilules de camphre et d'opium (camphre, gr. ij, opium quart de grain, deux ou trois au plus dans les 24 heures; par des bains généraux.); si la blennorrhagie n'est pas siphylitique par le coït modéré; dans le cas contraire, par la masturbation (1). Enfin, lorsque l'affection est purgée de toutes les

(1) La moralité de certaines personnes s'effrayera peut-être de voir conseiller un moyen réprouvé comme honteux et contre-nature; ici nous ne parlons que comme thérapeutistes, et après avoir bien éprouvé le fait. Médecins du corps, nous devons le guérir envers et contre tout quand un plus grand mal ne doit pas en résulter. Le parallèle ne serait pas soutenable.

complications, je me suis très-bien trouvé des injections faites trois fois par jour avec une solution de sulfate de sonde ou d'alumine et de potasse, en commençant par un grain par once et portant la dose jusqu'à 24 et 36 grains sur huit onces d'eau. En suivant ces préceptes, je n'ai pas encore trouvé un seul écoulement (non inhérent à un vice organique du canal, tel qu'ulcères où brides vicieuses) qui n'ait cédé en peu de temps à cette médication, quelqu'anciens et rebelles qu'ils aient été jusques-là. La diète est des plus modérées; j'exclus tout excès de boisson; à peine ai-je recours aux antiphlogistiques locaux, jamais aux généraux, à moins des symptômes de réaction fort graves : je n'ai pas encore eu besoin du copahu ou du cubèbe. Je purge, à la fin, à moins de contre-indication spéciale (Sulfate de soude, une once dans du bouillon aux herbes). Si j'ai reconnu l'affection spécifique et que les personnes le désirent, je leur prescris 100 pilules à prendre, deux par jours, une le matin et l'autre le soir. Voici la formule : ℞ Calomel à la vapeur, 1 gros, deuto-chlorure de mercure, grains vj, sucre et gomme, aã gros ß, pour cent pilules.

Nota. Il faut surveiller cette médication, car j'ai vu des blennorrhagies entièrement supprimées depuis quelque temps, reparaître avec ou sous son influence. La première condition de la réussite du traitement par les mercuriaux, c'est de ne produire aucun effet appréciable sur l'organisme, si ce n'est sur les parties affectées.

Observation d'une grossesse utéro-tubaire; présentée à la Société de Médecine-Pratique de Paris, par le docteur MONDAT.

M.[me] C..., couturière, âgée de 38 ans, de constitution lymphatique, fut mariée à vingt ans; elle avait eu très-heureusement, à onze ou treize mois d'intervalle, neuf

enfans à terme, bien constitués. A 35 ans elle fut atteinte d'une hydropisie utérine qui simulait une nouvelle grossesse de huit mois. Elle fut déclarée par deux accoucheurs célèbres de Paris. Quelques jours après cette dame reçut un coup violent sur le milieu du ventre très-distendu. A l'instant rupture de la poche formant un kyste, qui donna issue à plusieurs livres d'eau de couleur citrine; en peu de jours les parties reprirent leur état normal. Elle jouit d'une bonne santé pendant un an à-peu-près. Un accident occasionna une métro-péritonite; elle fut combattue très-judicieusement par son médecin. Toutefois la malade ne se rétablit que très-imparfaitement. M.me.... ne put reprendre ses occupations : elle fut long-temps languissante; malgré cela, les menstrues paraissaient à leur terme habituel jusqu'à la fin de decembre 1829. Trente-sixième année du sujet, époque où elle redevint enceinte, à quatre mois et demi environ, je fus appelé pour l'examiner et faire pratiquer une saignée au bras. En effet, la respiration difficile, suspirieuse, la plénitude de ses vaisseaux, précisaient cette indication. Je lui fis ôter douze onces de sang. Les mouvemens de l'enfant, qui ne s'étaient pas manifestés, se prononcèrent presque immédiatement. Quelques jours après, je touchai cette dame pour m'assurer de l'existence du fœtus, dont les mouvemens furent très-marqués, surtout en exerçant le ballottement. Au développement de l'utérus, au raccourcissement de son col, à l'état de son orifice, je jugeai qu'elle avait cinq mois et demi de gestation. Des bains, une seconde saignée abondante et un régime convenable, suffirent pour maintenir la santé de cette dame jusqu'au terme de la gestation.

Les premiers indices de l'accouchement se firent sentir le 29 septembre 1830; elle souffrait depuis quatre heures lorsque j'arrivai auprès d'elle; tout s'annonçait, selon l'expression de cette dame, comme dans les autres accouchemens. Par le toucher, je trouvai le col utérin entièrement

effacé, son orifice souple, dilaté à recevoir facilement deux doigts. Les contractions utérines devinrent graduellement plus actives; l'utérus s'était rapproché du détroit inférieur; son orifice large permettait facilement l'exploration de la partie du fœtus qui pesait sur ses membranes. C'était évidemment la tête. J'annonçai que dans deux heures et demie à-peu-près, M.me ..... serait accouchée. Insensiblement les contractions devinrent moins pressantes. La malade, fatiguée, finit par s'endormir profondément. Son sommeil dura six heures. A son réveil elle prit un potage. Elle était étonnée de ne plus éprouver de douleurs. Je revis cette dame plusieurs fois dans la journée, toujours dans le même état. Je m'assurai de la situation de l'utérus : je le trouvai très-élevé, son orifice rétréci, quoique souple. Je prescrivis des clystères, un bain, du repos. L'appétit revint, toute souffrance avait disparu. Cinq jours après, de nouvelles douleurs se manifestèrent; le volume et la forme du ventre annonçaient une grossesse de neuf mois. Plus porté à droite, on sentait le fœtus appuyé sur le bord de l'os des îles. Ses mouvemens étaient encore très-distincts. Insensiblement ils diminuèrent; la mère en avait seule le sentiment, encore très-éloigné. Au 20.e jour, la malade fut réveillée tout-à-coup par des douleurs subites du ventre, par des mouvemens très-forts (jusqu'ici j'avais pensé que cette dame n'était pas arrivée à son temps; cette fois elle devait accoucher, c'est ce que j'avais annoncé.) Je me transportai assez à temps pour sentir les derniers mouvemens du fœtus qui annonçaient la nature aux prises avec la mort. La malade m'aperçut à peine, qu'elle me supplia de la délivrer, parce qu'elle sentait son enfant mourir. On distinguait en effet des mouvemens convulsifs et intermittens du côté gauche. Cette scène dura une heure et demie; sur la fin elle se trouva mal. Elle revint à elle avec le sentiment que son enfant avait cessé de vivre.

Quelques heures après cet événement, pouls très-déve-

loppé, face animée, douleur violente au côté gauche du ventre. (Saignée au bras de dix onces; ensuite application de vingt sangsues sur le point douloureux; cataplasmes émolliens; tisane délayante; lavemens; demi-bains.) Ce traitement eut un heureux succès, dans un délai de 25 jours. Néanmoins la convalescence fut très-longue. La malade conserve toujours un sentiment de gêne sur la région gauche du ventre, d'étouffemens qui nécessitaient de fréquentes et longues inspirations. Deux mois s'étant écoulés sans changement de situation, quoique la malade fût soumise à un régime régulier, le même point douloureux se renouvella, émissions sanguines, etc. Ce fut dans cette situation que notre honorable confrère, le docteur Nauche, fut appelé. Il reconnut évidemment un corps dur, très-sensible au toucher, qui lui parut être un enfant, dirigé sur le côté gauche; après avoir exploré la malade avec le plus grand soin, il fut très-embarrassé sur l'emplacement que devait occuper le fœtus. Toutefois il finit par croire que l'enfant était hors de l'utérus. Le professeur Antoine Dubois examina plusieurs fois cette dame, sans donner de décision précise. Les honorables confrères, Montcourier, Vidal, Nauche et le professeur Marjolin, examinèrent cette pauvre malade avec un soin particulier. Le docteur Vidal se prononça pour une gestation extra-utérine, entraîna dans son opinion M. Marjolin. MM. Nauche, Montcourier et moi pensâmes que le fœtus résidait dans l'utérus. Toutefois le docteur Nauche fit quelques réserves. Un peu plus tard, des douleurs faibles, ensuite pongitives, se manifestèrent vers le siège. Bientôt une tumeur se fit sentir à travers les parois postérieures du vagin. En portant un doigt dans le rectum et un autre dans le vagin, il était facile de la constater.

De nouveaux confrères furent appelés; je proposai de pratiquer une opération sur la tumeur, afin de donner issue à des liquides et même à des portions du fœtus, si elles se présentaient; il y eut dissidence et irrésolution. Enfin on fut

aux voix ; sur vingt confrères, douze se prononcèrent contre, et huit pour. Je persistais et j'exposais de nouveau la nécessité de l'opération comme la seule voie de salut ; on sait que toutes les femmes périssent, en les abandonnant au vain secours de la nature ; la malade, qui comprenait sa cruelle position, voulait à toute force être opérée. Dans une cinquième réunion, j'insistai pour faire l'extraction des débris du fœtus, et par la tumeur proéminente du vagin et par l'utérus, si cela devenait nécessaire. La majorité décida encore que cette opération était trop dangereuse. Je crus, d'après cette nouvelle déclaration, ne plus insister et résister aux pressantes sollicitations de la malade et des parens qui réclamaient l'opération. D'ailleurs toutes ces indécisions avaient laissé passer le temps d'élection ; dès lors cette infortunée dut subir toutes les conséquences de sa déplorable situation. Insensiblement ses forces diminuèrent ; son pouls fut toujours dur, petit et fébrile ; ses douleurs qui, sans être intenses, l'empêchaient de dormir, la fatiguaient ; chaleur à la peau ; langue sèche ; soif ; diminution de l'appétit. Tous les prodrômes annonçaient un travail pathologique funeste.

La tumeur du vagin avait changé de place ; elle s'était projetée sur le rectum. En l'explorant, on sentait un corps dur, douloureux au toucher, à quatre pouces environ de profondeur. La malade resta dix jours sans aller à la selle. A chaque instant, on faisait des injections émollientes dans le rectum ; le reste du temps, elle était plongée dans un bain émollient. Les préparations opiacées diminuaient ses souffrances. Enfin, les matières de la tumeur se firent jour à travers l'intestin ; il s'en écoula une grande quantité avec des débris de tégumens du fœtus. En plusieurs jours, je fis l'extraction des deux pieds entiers ; leur peau, en putréfaction, s'enlevait par lambeaux avec facilité. Les jours suivans, je retirai les deux péronés, ensuite un tibia. Les tractions faisaient éprouver de violentes douleurs

à cette infortunée. Il me fut impossible d'aller plus loin. Enfin l'épuisement et le marasme usèrent bientôt l'organisation. Elle ne tarda pas à succomber. La gestation dura dix-neuf mois.

Autopsie. — L'ouverture de l'abdomen montra l'utérus couleur lie de vin, de forme arrondie. Je l'incisai avec précaution, surtout en enlevant les lambeaux incisés. La surface interne de cet organe était entièrement désorganisée. La tête du fœtus, contenue dans la cavité, reposait sur l'articulation sacro-iliaque gauche, la face tournée du côté du sacrum, en suivant l'occupation du reste du fœtus. Je trouvais tout le tronc logé dans la trompe gauche, en sorte que l'ouverture utérine embrassait le col du fœtus, tandis que l'autre avait formé adhérence avec le rectum. Toutes ces parties présentent des désorganisations plus ou moins complètes de leurs tissus : c'en était assez pour expliquer tous les phénomènes qui avaient eu lieu. J'aurais voulu donner à l'appui les pièces de conviction de ce fait si intéressant sous tant de rapports ; mais les parens n'ont pas voulu faire droit à mes instances.

Note des Rédacteurs.

On doit regretter que M. Mondat n'ait pas donné plus de développemens à l'observation qu'il rapporte. Les altérations que l'appareil utérin a éprouvées, à la suite de la métro-péritonite dont la femme avait été affectée quelques temps avant, sont les causes présumables de la gestation extra-utérine. Mais, pour bien juger cet état de choses, il aurait fallu connaître toutes les circonstances de l'imprégnation et tous les accidens qui se sont déclarés dans le cours de cette grossesse. Deux saignées abondantes ont été pratiquées, des bains ont été prescrits, un régime convenable a été suivi; tout cela nous indique assez que cette gestation ne s'est pas passée sans donner des motifs d'inquiétude au médecin; et si M. Mondat recueillait tous ses souvenirs, il est

probable qu'il se rappellerait que l'état du bas-ventre n'a pas été étranger aux indications qu'il a suivies; car la distension de cette cavité, qui aurait reproduit quelques symptômes de l'affection première, dans une gestation légitime, a dû nécessairement les faire renaître dans celle dont il est ici question.

Les mêmes doutes se reportent également sur le travail de l'enfantement qui s'est déclaré au terme des neuf mois. Y avait-il grossesse extra-utérine primitive? ou est-elle consécutive à une déchirure de la matrice où du vagin, ou enfin est-elle, comme l'auteur l'a signalée, utéro-tubaire? Tout nous porte à penser qu'elle était de la première espèce; que l'ovule retenu dans la trompe gauche s'est développé jusqu'à la fin du neuvième mois; qu'il a provoqué les douleurs expulsives comme celles qui ont lieu dans les accouchemens ordinaires. Le développement de l'utérus, l'effacement de son col et la dilatation de l'orifice, sont des phénomènes qui s'observent dans ce genre de travail. La tête, que l'explorateur a cru reconnaître à travers les membranes, n'était point dans la cavité utérine; elle n'était sentie qu'à travers les parois de cet organe et tendait à se porter dans l'excavation et vers le détroit inférieur, sous l'influence des contractions des muscles abdominaux, ou de celles du kyste lui-même, car cette nouvelle partie acquiert une organisation telle que, dans le travail qui survient alors, elle peut agir comme la matrice sur le fœtus. Duverney nous l'avait fait entrevoir, dans l'observation qu'il nous a transmise, et les faits ont confirmé l'assertion de cet académicien. Le renouvellement des douleurs à différentes époques, jusqu'à la mort du fœtus, n'a rien qui n'appartienne bien à cette espèce de grossesse. Les accidens qui se sont déclarés, après les dernières douleurs d'expulsion, sont le résultat de l'inflammation qui envahissait le kyste. Les moyens qu'on a opposés ont réduit cette inflammation à l'état chronique. D'après l'exposé de l'observation, on serait porté à croire

qu'il y a eu rupture de la matrice et passage de l'enfant dans le bas-ventre; mais rien de tout cela n'a eu lieu; l'hémorrhagie, inséparable d'un semblable accident, ne s'est point montrée. Le fœtus ne se serait pas trouvé en partie logée dans la trompe gauche, et la mort de la mère aurait suivi de près celle de l'enfant, si les faits s'étaient ainsi passés. Des erreurs ont été commises sur ce sujet, par les anciens auteurs. Dans les observations de Varnier, Mangin, de François Bayle, etc.; ils ont cru que l'enfant à terme, ne pouvant sortir par l'ouverture naturelle, soit à cause d'une conformation particulière de ce viscère, soit à cause de la position de l'enfant, s'était fait jour à travers les parois de la matrice, était tombé dans la capacité du bas-ventre, et s'était conservé ainsi pendant plus ou moins longtemps; ils avaient été conduits à cette explication, lorsqu'ils découvrirent à la matrice des fistules et des altérations de tissu; mais la nature avait suivi une autre marche. Le kyste, placé au-dessus de la matrice, et presque toujours adhérent au corps de cet organe, doit, dans sa désorganisation, produire un état morbide dans les parties avec lesquelles il est en contact. Il détermine des abcès sur les parois du bas-ventre, qui donnent issue à des portions du fœtus, des ulcérations sur le rectum par lesquels le fœtus tout entier peut arriver au-dehors. Ce qui se passe ici peut se présentor sur la matrice, mais elle ne livre en général passage qu'aux parties molles de l'enfant, et les os restent le plus souvent dans le kyste, si une autre voie n'a pas été préparée pour leur expulsion. C'est à cette cause, à la décomposition putride de la masse retenue, que doivent être attribuées les désorganisations de tissu notées dans l'observation de M. Mondat. Les archives de la science nous fournissent de nombreux exemples analogues. Quant à la gestation utéro-tubaire, les détails manquent, pour adopter le sentiment de l'auteur. Nous ne possédons guère que quatre observations où le fœtus et ses annexes se sont développés à la fois dans

la matrice et dans la trompe. Quoique recueillies par des hommes de mérite, elles n'inspirent pas une grande confiance. Ces faits sont trop extraordinaires et trop rares pour ne les admettre qu'entourés de toutes les circonstances et de tous les développemens nécessaires et propres à nous éclairer sur l'état des choses; et lorsque cette condition manque, nous devons rester sur la réserve et les confondre avec ceux que la nature dans ses écarts nous montre le plus souvent.

La conduite qu'a tenue M. Mondat dans cette périlleuse gestation, est celle d'un médecin instruit et conscientieux. Il a appellé de tous côtés des lumières et des secours pour arracher sa malade à la mort. Il est malheureux que ce médecin n'ait pas fait assister le lecteur aux délibérations des vingt confrères, qui avaient été convoqués. La décision adoptée, à une majorité de quatre voix, représente assez l'état de la science, telle qu'elle est enseignée dans nos livres classiques : mais si l'on consulte les observations particulières, si on interroge les faits heureux ou malheureux, on trouvera dans cet examen de puissantes raisons pour faire regretter que l'opinion de M. Mondat n'ait pas obtenu plus de suffrages. L'opération se présentait avec un succès presque certain, lorsque le kyste faisait saillie dans le vagin et que l'état général de la malade était encore favorable. Les revers qui ont souvent suivi l'opération césarienne dans les gestations extra-utérines, ont trop découragé les chirurgiens et ne paraissent pas les avoir éclairés. Ils auraient dû, avant d'entreprendre l'opération, reconnaître, comme ils recommandent de le faire pour les tumeurs de la vésicule biliaire, si le kyste était adhérent à la paroi sur laquelle on devait pratiquer les incisions. C'est dans cette condition que le succès s'est le plus souvent rencontré. La difficulté se réduirait donc à découvrir quelles sont les parties de l'abdomen avec lesquelles le kyste a contracté des adhérences. Durant la vie du fœtus, la position du placenta, appréciée

par le sthétoscope, peut nous fournir des indications assez précises. Mais ce qui doit surtout fixer l'attention de l'accoucheur, c'est l'extrémité du kyste plongeant dans l'excavation pelvienne. Dans la plupart des observations où la saillie du kyste s'est montrée dans le vagin, l'adhérence du kyste avait lieu avec les parois du vagin et du rectum; mais cette condition n'aurait pas existé dans l'observation de M. Mondat, l'opération aurait encore offert des chances de succès. On n'aurait point eu à craindre l'épanchement, et l'écoulement des liquides au-dehors aurait été favorisé par la position déclive de l'incision. On sent combien il y avait de motifs dans ces circonstances, pour ne pas abandonner l'expulsion des débris du fœtus aux efforts souvent impuissans de la nature.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Tuméfaction des membres après l'accouchement; par William Coulson (1).

L'histoire des maladies puerpérales est loin encore d'être complète. Depuis quelques années seulement cette branche intéressante de la pathologie a fait des progrès remarquables, et les travaux de Dance en France, et de Robert Lee en Angleterre ont jeté une vive lumière sur ce sujet. Cependant ces observateurs, pleins de zèle et d'exactitude, qui ont fait à eux seuls plus que tous les autres écrivains qui se sont occupés de recherches analogues, n'ont produit que des travaux peu étendus et qui ne renferment point tous les faits qui se rattachent à cette classe de maladies. Le plus récent de ces ouvrages est celui que l'auteur anglais

(1) *London Médical and Physical Journal.* Avril 1833.

vient de publier à Londres sous le titre : *Researches on the pathology and treatment of some of the most important diseases of women.* Cet écrit n'a que 220 pages, et le titre seul justifie ce que je viens d'avancer.

Une des maladies puerpérales qui sont le plus anciennement connues, est celle qu'on a désignée pendant longtemps sous le nom de *phlegmatia alba dolens.* En 1826, le docteur Guthrie avait conseillé d'examiner avec soin les veines, depuis la fémorale jusqu'à celles de l'utérus, dans les cas de tuméfaction du membre abdominal après l'accouchement; mais ce ne fut qu'en 1830 que le docteur Robert Lee affirma, en s'appuyant sur de nombreuses dissections, que ce gonflement est le résultat d'une phlébite dont l'origine est dans les veines de l'utérus. Cette opinion est vraie pour un grand nombre de cas; mais il en est d'autres où ce gonflement, qui a été promptement mortel, ne peut aucunement s'expliquer par une phlébite. Dans les cas auxquels je fais allusion, le gonflement n'est pas limité aux membres inférieurs, comme dans la *phlegmatia alba dolens.* Ni Dance, ni Robert Lee, ni aucun autre pathologiste, ne s'était appesanti sur ce groupe de symptômes qui forme une maladie nouvelle, empreinte d'une physionomie toute particulière, et dont les observations rapportées ci-dessous donneront une idée assez complète, quoiqu'on puisse regretter que l'auteur anglais, à qui nous les devons, ne se soit pas attaché à entrer dans tous les détails propres à satisfaire le pathologiste observateur.

Obs. I.re — Tuméfaction de la jambe droite et du bras gauche après l'accouchement; mort. — Sarah Reynolds, âgée de 20 ans, d'un tempérament délicat, fut prise de douleur et d'engourdissement dans la cheville du pied droit, le 22 octobre, quatorze jours après sa délivrance. Le 23, la jambe droite et le bras gauche étaient considérablement tuméfiés et douloureux; il y avait de la rougeur à la cheville du pied et au poignet; le pouls était à 144,

petit, vite et sautillant; la peau était chaude et sèche; la langue était couverte d'un enduit brunâtre; les excrétions alvine et urinaire étaient naturelles; elle continuait à allaiter son enfant; les lochies n'étaient pas supprimées. Le 24, l'état était le même; le 25, il commença à empirer, et elle mourut de bonne heure dans la matinée du 26.

Le corps fut examiné trente heures après la mort. Les veines spermatiques de chaque côté furent examinées avec soin; elles étaient parfaitement saines. Les veines du bassin étaient également saines, excepté la veine iliaque externe du côté droit, dont les parois étaient un peu plus épaisses et vasculaires qu'à l'ordinaire, et qui contenait un peu de lymphe coagulable. Aucune altération ne put être découverte dans l'utérus et les viscères de l'abdomen. La veine fémorale était saine. Il y avait un épanchement considérable de matière séro-purulente au-dessous de la peau qui recouvrait l'articulation du pied du côté droit. Le même épanchement existait en petite quantité au-dessous des tégumens du poignet malade. Le docteur Coulson n'eut pas la permission d'examiner les autres parties du corps.

Obs. II.e — Tuméfaction des membres supérieurs après l'accouchement; mort. — Sarah Milne, âgée de 18 ans, fut prise de frisson le 26 décembre, à six heures après-midi. Ce frisson fut suivi de douleurs dans tout le corps, particulièrement dans les articulations. La peau était chaude et sèche; il y avait de temps en temps du délire. Le pouls était extrêmement fréquent, 140. Langue blanche et visqueuse, visage pâle, anxiété, constipation. On prescrivit des médicamens légèrement relâchans, et dans le cas où le délire continuerait, douze sangsues aux tempes. La nuit fut mauvaise, le délire reparut par intervalles. Les sangsues furent appliquées et saignèrent beaucoup. Les lochies continuaient de couler. Le 27, l'enfant mourut dans les convulsions, et il n'y avait plus de sécrétion du lait. A une heure après-midi, les membres supérieurs étaient enflés

depuis l'aisselle jusqu'au poignet, et sur le poignet gauche il y avait deux ou trois faibles taches rouges. La pression était très-douloureuse sur toutes les parties des membres tuméfiés, surtout sur le trajet des vaisseaux et sur les articulations. La tuméfaction n'était point œdémateuse, la peau était fortement tendue. Les genoux et l'articulation des pieds étaient douloureux, mais les membres inférieurs n'étaient point gonflés. Soif vive, peau chaude et sèche, pouls fort et très-accéléré, léger délire et mouvemens convulsifs des muscles du visage. (Saignée de douze onces, mixture saline, et diaphorétiques.) La malade se sentit mieux après la saignée, mais elle mourut à six heures.

Le corps fut examiné le jour suivant. Il n'y avait d'altération organique dans aucune partie. On trouva un épanchement considérable de sérosité dans le tissu cellulaire sous-séreux de l'abdomen, entre la pie-mère et l'arachnoïde. Le péricarde contenait une once de sérosité de plus qu'à l'ordinaire. La tuméfaction des membres supérieurs était due à un épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire. Les sinus du cerveau, les veines de l'abdomen, du bassin et des membres supérieurs furent examinés avec soin; ils ne présentaient aucune trace de maladie.

Obs. III.[e] — *Tuméfaction du genou droit après l'accouchement; mort.* — Jane House, âgée de 32 ans, d'une constitution délicate, fut prise, quatorze jours après avoir été délivrée de son quatrième enfant, d'une vive douleur du genou droit. En peu de temps le genou commença à s'enfler, et de la rougeur se fit remarquer sur la peau qui recouvre cette articulation. La douleur était exaspérée par la pression et le mouvement. Les symptômes généraux ressemblaient beaucoup à ceux qui sont consignés dans les observations précédentes; mais l'affection locale était plus violente, la douleur et le gonflement de l'articulation étant plus considérables. La mort arriva au bout de six jours.

Le corps fut examiné vingt-quatre heures après la mort.

Il y avait un épanchement considérable de sérosité trouble dans l'abdomen; le péritoine qui recouvre le bassin et les viscères abdominaux était enflammé. L'utérus était un peu moins ferme qu'à l'ordinaire; mais aucune trace de maladie ne put être trouvée dans les veines du bassin ou dans la veine fémorale du côté droit. Il y avait un épanchement considérable de sérosité dans le tissu cellulaire qui environne l'articulation du genou.

Deux autres cas de cette espèce se sont présentés, cette année, dans l'hôpital d'accouchemens; l'un fut terminé par la mort, au bout de trois semaines, mais l'examen du cadavre ne put être fait; dans l'autre, la malade quitta l'hôpital dans le cours des progrès de la maladie, et aucun renseignement n'a été donné depuis sur son compte.

Malgré l'attention qui a été donnée, dans ces temps, aux maladies des articulations en particulier, ainsi qu'aux affections variées qui se déclarent dans l'état puerpéral, on n'a encore point tenu de compte de l'affection remarquable qui fait l'objet des observations précédentes. Le docteur Denman, dans son *Introduction to midwifery*, page 570, fait les remarques suivantes, qui ont sans doute trait à cette espèce de maladie : « Il y a quelque chose de particulier dans la fièvre puerpérale, qui jusqu'à présent n'a point été observé ni mentionné. C'est une tumeur érysipélateuse, d'une couleur rouge-obscur, sur les articulations du coude, du poignet, du genou ou du pied, environ de la largeur d'un shilling, et quelquefois plus large. C'est presque toujours un signe de mort, et en examinant le corps des femmes qui sont mortes de cette affection, on trouve que la maladie a porté principalement sur l'utérus et ses dépendances. »

La malade est d'abord prise de frissons et de violentes douleurs dans les membres ou dans une ou plusieurs articulations. L'articulation douloureuse commence bientôt à se tuméfier, et en même temps une tache rouge apparaît.

Quelquefois cependant le gonflement n'est pas borné à l'articulation, mais il s'étend à tout le membre, et, dans ce cas, des taches rougeâtres sont disséminées sur toute la partie tuméfiée. Quelquefois aussi un gonflement circonscrit existera au-dessus d'une articulation, sans que cette articulation ni aucune autre partie du membre soit affectée. Si la malade n'est pas emportée rapidement, plusieurs articulations sont prises successivement de cette manière; celles qui ont été atteintes les premières deviennent quelquefois moins malades; d'autres fois elles restent dans le même état. Dans le dernier cas qui se manifesta à l'hôpital, le genou droit fut affecté d'abord, mais au bout d'une quinzaine de jours, au moment où la maladie paraissait céder, l'articulation du pied gauche fut attaquée par la même maladie. Quel que soit le nom qu'on donne à la fièvre qui accompagne cette maladie, on doit observer qu'aucun appareil d'organes intérieurs n'est affecté uniformément; quelquefois la tête est la seule partie malade; d'autres fois c'est la poitrine ou l'abdomen; et l'assertion du docteur Denman, qui dit que l'utérus et ses dépendances sont principalement affectées, n'a point été justifiée par la dissection dans les cas qui se sont offerts au docteur Goulson. La fièvre est de nature subinflammatoire. Le pouls au début est fort, mais il devient bientôt petit et fréquent. La langue est blanche et ardoisée, et si la maladie se prolonge elle devient sèche et fuligineuse. Au commencement il n'y a pas une grande prostration des forces, et les lochies ne sont pas toujours supprimées ou altérées. Sans s'appesantir trop sur l'importance des phénomènes locaux, on ne peut pas cependant refuser de voir le trait le plus remarquable de cette affection dans la douleur extrême que la malade éprouve dans les parties tuméfiées; elle est aussi vive que dans quelque maladie que ce soit. La durée de cette maladie est variable : dans un cas la mort arriva au bout de quarante-huit heures; dans un autre elle n'eut lieu qu'après

trois semaines. On ne peut pas fixer davantage l'époque à laquelle la maladie débute après l'accouchement; elle varie du deuxième au quatorzième jour. Le docteur Coulson était porté d'abord à attribuer cet état pathologique particulier à une inflammation veineuse ayant son origine dans les veines de la matrice; mais l'exploration des veines du bassin et de celles des membres affectés l'a forcé d'abandonner cette opinion; et il ajoute, avec regret, que la dissection a jeté peu ou même point de lumières sur cette maladie extraordinaire. Le gonflement des membres est produit par un épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire, et l'on trouve en général un épanchement semblable dans la cavité qui a le plus souffert avant la mort. Le docteur Robert Lee, dans son excellent mémoire sur *l'inflammation des veines de l'utérus*, fait allusion à quelques cas de cette espèce terminés par la mort, dans lesquels les veines de l'utérus étaient parfaitement saines, mais il n'émet aucune opinion sur la nature de l'affection.

Dans la phlébite, quand les articulations sont attaquées, on y trouve ordinairement une collection purulente avec destruction des cartilages, tandis que dans la maladie qui nous occupe on ne trouve jamais de dépôts de pus, et l'intérieur des articulations n'est jamais lésé. Le gonflement, même quand il s'étend à tout le membre, diffère aussi de celui qui caractérise la *phlegmatia alba dolens :* dans cette dernière maladie il n'y a jamais changement de couleur à la peau, excepté dans les derniers périodes, et alors les taches noires qui se manifestent quelquefois sont dues certainement à l'extravasation du sang. Dans l'autre, au contraire, la coloration rouge sombre existe presque dès le début, ressemble beaucoup à celle qu'on remarque dans les inflammations goutteuses, et ne varie point pendant le cours de la maladie.

Les différens modes de traitement qui ont été administrés jusqu'à ce moment, ont tous échoué. Dans les deux

premiers cas on ne fit point usage d'applications locales pour combattre la tuméfaction ; dans les suivans on eut recours largement à la saignée locale, et si elle n'eut pas un plein succès, au moins diminua-t-elle la violence de la douleur. Lorsque le pouls était fort, au début, on pratiquait une saignée générale. Le traitement interne a consisté dans les *antimoniaux* et les *diaphorétiques*.

Observations de gangrène et d'hydropisie déterminés par l'usage exclusif de pommes de terre de mauvaise qualité ; par AL. PEDDIE (1).

Obs. I.re — Le 13 décembre 1832, le docteur Peddie fut appelé auprès de Mary Clapperton, âgée de 19 mois. Sur sa joue gauche, à égale distance de la bouche et de l'angle de la mâchoire, il y avait une portion de peau de la largeur d'une demi-couronne, livide, mollasse, exhalant une odeur fétide. Sur toute la joue et la plus grande partie de la surface antérieure du cou, la peau était enflée, dure, et d'un rouge foncé; quelques endroits, surtout dans le voisinage de l'escarrhe, avaient une teinte jaunâtre; quelques autres étaient bleuâtres et presque noirs. L'enfant avait un air abattu, la langue sale, et le pouls très-faible.

D'après le récit des parens, quelques semaines auparavant elle avait eu une fièvre scarlatine légère, dont l'éruption n'avait couvert que la poitrine, et avait disparu en un jour. Alors une petite tumeur dure s'était montrée un peu au-dessous de la partie qui devint gangréneuse, et après qu'on en eût tiré un peu de sang par des sangsues, tous les symptômes décrits ci-dessus s'étaient développés graduellement. Les parens affirmèrent que la petite malade n'avait cessé d'user d'une alimentation très-saine.

---

(1) *The Edinb. Med. and Surg. Journal.* Avril 1833.

Le docteur Peddie enleva l'escarrhe, et trouva une large cavité au dessous; les tégumens étaient décollés dans une grande étendue. Il fit mettre sur la plaie une pommade faite avec parties égales d'onguent résineux et d'huile de térébenthine, et par dessus un cataplasme; ce pansement fut renouvelé quatre fois par jour. L'enfant fut purgée, et ses forces soutenues avec de bon vin. Indépendamment de ce traitement, on recouvrit les parties environnantes avec la teinture de savon avec opium, et dans peu de jours la tuméfaction avait considérablement diminué, les parties reprirent une couleur normale, la plaie marcha vers une bonne cicatrisation, et la malade reprit sa gaîté. Alors le vin fut supprimé, l'enfant fut mis à l'usage de la fécule de sagou; on fit sur les parties malades des lotions avec le sulfate de zinc, on se contenta d'y placer une compresse et une bande. La guérison était complète et la santé bonne, le 12 janvier 1833.

Obs. II.[e] — Alexander Clapperton, âgé de six ans, fut aussi confié aux soins du docteur Peddie, le 13 décembre 1832. Ce médecin le trouva auprès du feu, appuyé sur des coussins; le visage pâle et exsangue, bouffi, surtout aux environs des paupières, et ayant l'air de l'hébêtement et de la langueur. L'abdomen était enflé, les membres inférieurs œdémateux et chauds, quoique le malade fût extrêmement sensible au froid. Sa respiration était précipitée et interrompue; à l'auscultation, le bruit respiratoire était beaucoup moins distinct qu'à l'ordinaire. Le pouls était petit et rapide, la langue pâle, l'haleine fétide, l'urine rare et fortement colorée, et les selles noires et douloureuses. Il était malade depuis dix jours, et ne pouvait rester couché depuis quelques jours. Environ six semaines auparavant, il avait eu une scarlatine dont l'éruption avait été normale, et dont il s'était très-facilement rétabli. On lui prescrivit immédiatement un purgatif, puis des pilules de calomel et de scille, à prendre une toutes les sept ou

huit heures. Le 14, il était plus mal; la respiration était plus laborieuse; la fluctuation était manifeste dans l'abdomen, et l'œdème des membres inférieurs si considérable, que la peau était tendue et luisante. On fit des frictions avec la pommade stibiée sur l'abdomen et la poitrine; le calomel et la scille furent continués, et l'on donna pour boisson une solution de tartrate acide de potasse. Le 15, il n'y avait aucune amélioration. Le 16, le malade était plus mal sous tous les rapports; la suffocation était imminente. Le pouls était extrêmement rapide, et il s'éteignait sous la plus légère pression. On prescrivit du vin de temps en temps, et deux grains de sulfate de quinine deux fois par jour. Il mourut le 17.

L'inspection du cadavre fut faite deux jours après la mort; on trouva les altérations suivantes: le corps entier était privé de sang à un degré remarquable. Adhérences dans la poitrine. Le poumon droit était déplacé et violemment comprimé par un épanchement de sérosité s'élevant à-peu-près à deux livres et demie. Ce poumon offrait un tissu plus charnu qu'à l'ordinaire, et au sommet de son lobe supérieur il y avait une couche épaisse de lymphe déposée en forme de gelée jaunâtre et transparente. Le poumon gauche parut sain. La membrane muqueuse de la trachée et des grosses bronches était épaissie, ramollie et extrêmement vasculaire. Le tissu cellulaire du médiastin antérieur était considérablement infiltré. Il y avait une petite quantité de sérosité dans le péricarde. Le cœur était pâle et contenait dans ses deux ventricules de volumineuses concrétions (*polypi*). L'abdomen offrit des traces évidentes d'inflammation, et un épanchement séreux considérable.

Obs. III.ᵉ — Agnès Clapperton, âgée de quatre ans, commença à se plaindre le 17 décembre, jour de la mort de son frère. Les premiers symptômes furent de la langueur, de l'anorexie, de la constipation, du gonflement de

l'abdomen, de l'œdème des jambes, et des urines en petite quantité. En peu de jours ces symptômes furent suivis de fièvre, et bientôt cette petite fut dans un état semblable à celui de son frère. Elle mourut le 29 décembre. Le traitement différa un peu de celui qui avait été employé dans le cas précédent. Comme la maladie fut observée à son début, on mit en usage les émissions sanguines et les purgatifs dès la première apparition des symptômes fébriles; on employa ensuite le calomel et la scille, le tartrate acide de potasse, un vésicatoire, et vers la fin le vin et le sulfate de quinine.

Autopsie trente heures après la mort. — Dans la poitrine on trouva des adhérences considérables. Il y avait environ douze onces de sérosité dans le côté droit, et huit onces dans le gauche. Les deux poumons étaient hépatisés à un haut degré (induration rouge de M. Andral); la membrane muqueuse des vaisseaux aériens était très-injectée; le cœur était extrêmement pâle, et contenait dans son oreillette droite une large concrétion. Dans l'abdomen il y avait une grande quantité de sérosité; le foie était très-développé; la veine hépatique renfermait un gros caillot (*polypus*); la vésicule du fiel était infiltrée (*œdematous*); ses tuniques étaient écartées de près d'un quart de pouce; la membrane qui recouvre les reins était épaissie, mais ces organes étaient sains, si ce n'est qu'ils étaient légèrement tachetés à l'extérieur et un peu ramollis : certaines portions des intestins étaient injectées, surtout vers la fin de l'iléum où il y avait quelques tubercules et une légère ulcération. Les glandes mésentériques, surtout dans le voisinage de cet endroit, étaient profondément altérées et offraient des grosseurs variables, depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une noix; quelques-unes étaient dures, d'autres contenaient un liquide ressemblant à du pus légèrement coloré; enfin, les glandes de Peyer, en plusieurs endroits, étaient développées et ulcérées.

A la lecture de ces observations, on pourrait être tenté d'attribuer la gangrène et l'hydropisie à la scarlatine dont il a été parlé; telle était l'opinion du docteur Peddie pour les deux premiers malades. Mais le troisième n'avait pas eu le plus léger symptôme de cette maladie, et il fallut chercher ailleurs la cause des graves phénomènes qui s'étaient terminés par la mort. Ce ne fut que huit jours après que le médecin anglais put obtenir des renseignemens. Une voisine lui confia que la famille Clapperton n'avait vécu pendant assez long-temps que de pommes de terre de mauvaise qualité. Le père s'étant trouvé sans emploi, et ayant trop de fierté pour demander, toute la famille était allée dans les champs recueillir les pommes de terre qui gissent sur la surface de la terre, et qui sont rejetées par les cultivateurs comme impropres à la nourriture de l'homme. Ces pommes de terre étaient gelées (1), aqueuses; quelques-unes étaient vertes, d'autres d'un pourpre foncé, et elles avaient toutes un goût amer très-prononcé. Telle avait été leur alimentation pendant plus de six semaines avant le commencement de décembre 1832, et pendant tout ce temps à peine avaient-ils eu un autre mets de huit jours en huit jours. Ces pommes de terre étaient si mauvaises, qu'elles leur inspiraient un vif dégoût en dépit des divers modes de préparation qu'ils avaient imaginés pour les rendre moins désagréables. Après avoir usé de cette nourriture pendant quelques jours, toute la famille fut prise de violentes tranchées daus les intestins, suivies d'une diarrhée aqueuse et

(1) Ces pommes de terre sont laissées sur la terre, et sont exposées à l'influence du soleil pendant le jour, et de la gelée pendant la nuit. Quelques personnes pensent que la gelée opère un changement chimique dans les principes constituans de leur fécule, en convertissant le mucilage en sucre, d'où l'acide acétique se forme promptement; d'autres observent que leur partie aqueuse est convertie en glace qui occupe plus d'espace et éloigne les unes des autres les différentes particules solides, et qu'il s'opère ainsi une désorganisation mécanique de leur tissu propre.

verte. Ces symptômes fâcheux persistèrent à de courts intervalles pendant tout le temps où cette alimentation fut continuée, mais les enfans ne les avaient pas éprouvés avec tant d'intensité et de constance que leurs parens, ce qui fut attribué à ce qu'ils recevaient quelquefois du pain de quelques voisins.

Il est impossible d'établir jusqu'à quel point cette alimentation insalubre et la scarlatine antécédente ont agi de concert pour produire les phénomènes pathologiques décrits ci-dessus; ce qu'il y a de certain, c'est l'influence fâcheuse qu'a dû avoir nécessairement sur la santé la première de ces causes. Chez Agnès Clapperton, les pommes de terre se présentent seules pour rendre compte de la maladie. Le docteur Peddie fit des recherches très-minutieuses qui lui apprirent d'une manière certaine, que cette petite fille n'avait eu ni mal de gorge, ni éruption, rien, en un mot, qu'on pût rapporter à la scarlatine. Il résulte de là qu'il est extrêmement probable que tous les accidens sont dus à ces pommes de terre de mauvaise qualité.

Ce qui fortifie cette manière de voir, c'est que des phénomènes semblables sont produits chez les chevaux et les bestiaux, par l'ingestion des pommes de terre qui ont subi l'influence de la gelée. Le docteur Peddie s'est assuré que, si l'on nourrit ces animaux avec de telles pommes de terre, même pendant un petit espace de temps, ils deviennent inévitablement hydropiques, à moins qu'on ne leur donne en même temps une abondante ration de fourrage. Dans le Banffshire, ces hydropisies sont très-communes parmi les bestiaux, que l'on nourrit trop exclusivement de cette manière. Voici quels sont les symptômes qui sont engendrés par cette alimentation : d'abord il y a des tranchées qui s'annoncent par l'agitation de la tête, les mouvemens des membres, surtout ceux de derrière, et parce que les animaux qui souffrent se roulent par terre; ensuite il y a des évacuations écumeuses; la respiration est difficile; enfin il

se forme un épanchement de sérosité qui devient promptement mortel si les forts purgatifs, les diurétiques, et pour dernière ressource la paracentèse, ne réussissent pas.

On ne peut s'empêcher de trouver une analogie frappante entre ces symptômes et ceux qu'avait présentés Agnès C. Avant d'être hydropique, elle avait eu des tranchées, des évacuations abondantes. Ici le docteur Peddie ajoute que la diarrhée de cette enfant n'avait pas été aussi intense que celle de son père et de sa mère; et, dit-il, cette circonstance peut expliquer l'absence d'hydropisie chez eux; car on peut supposer que si la nature avait fait chez elle les mêmes efforts pour rejeter le poison (*poisonous matter*), elle aurait évité aussi cet épanchement fatal. Du reste, son père avait un extérieur débile et délabré, et sa mère, qui avait plus mauvaise mine encore, outre plusieurs souffrances, avait fait une fausse-couche au quatrième mois de sa grossesse. Les altérations trouvées dans les glandes mésentériques d'Agnès peuvent jeter quelques lumières sur la pathologie de sa maladie. Il est bien connu qu'une mauvaise alimentation est une des plus grandes causes de ces dégénérations; chez cette enfant, l'altération de structure de ces glandes était telle, qu'il était impossible que les liquides y pussent circuler librement; et peut-être le liquide ressemblant à du pus, qu'on trouva en si grande quantité dans quelques-unes de ces glandes, n'était-il autre chose que du chyle intercepté.

Quoi qu'il en soit de ces dernières hypothèses, nous pensons avec le docteur Peddie, que ces faits, curieux par eux-mêmes, empruntent un plus haut degré d'intérêt de leur rapprochement avec des faits analogues observés chez les animaux, et qu'on peut en tirer quelques inductions utiles pour la pathogénie et la physiologie.

Considérations sur les hernies congénitales; par le docteur Adams (1).

1.° *Entérocèle congénitale.* — La hernie congénitale devient rarement étranglée chez les enfans très-jeunes; cependant, ces accidens pouvant se présenter, le docteur Adams a cherché, dans le travail dont nous donnons un extrait, à attirer l'attention des praticiens sur ce sujet important. Dans le cas d'étranglement, on doit hardiment recourir à une prompte opération. L'observation suivante offre un exemple heureux de cette pratique.

Observation. — W. F. âgé de 18 mois, à la mamelle, chétif, fut admis à l'hôpital, le samedi soir 18 mars. Le visage était pâle et abattu; les yeux languissans et entourés d'un cercle noir; l'enfant était privé de sommeil, agité, altéré, et tout ce qu'il avalait était à l'instant même rejeté de l'estomac, tandis que les intestins qui jusque là avaient été affectés d'une diarrhée continuelle, étaient, depuis deux jours seulement, dans un état de constipation opiniâtre. L'abdomen était proéminent, tendu, tympanitique; l'anneau inguinal du côté droit semblait être distendu par la base large d'une tumeur pyramidale, dont le sommet correspondait à la partie la plus déclive du scrotum. Cette tumeur était exactement dans le même état de tension que l'abdomen et contenait évidemment une anse intestinale étranglée. La partie inférieure du scrotum distendu était fortement colorée en rouge par l'inflammation; cette tumeur était extrêmement douloureuse à la plus légère pression. Les parens de cet enfant s'étaient aperçus qu'il était malade depuis deux jours; sa maladie avait commencé par des vomissemens suivis de fièvre et de constipation; mais la tumeur de l'aine ne fut remarquée que le jour de son entrée à l'hôpital. Le taxis fut pratiqué sans

(1) *Dublin Journ.* N.° 6.

succès; un lavement au tabac n'eut pas un meilleur résultat. A 8 heures du soir, on tint une consultation dont le résultat fut que l'opération serait exécutée sur le champ. Cette opération n'offrit rien de particulier; la tunique vaginale fut divisée complètement jusqu'à l'anneau externe au-dessous duquel on trouva le testicule, et une portion d'intestin qui offrait une couleur brune foncée et une surface extrêmement polie. L'étranglement était tel qu'une sonde cannelée ne put être introduite dans l'anneau. Le débridement fut fait avec un bistouri boutonné très-étroit dirigé sur l'ongle du doigt indicateur de la main gauche; l'incision fut dirigée en haut et en dedans. L'enfant dormit pendant trois heures, après l'opération; à son réveil, il rendit beaucoup de vents qui furent suivis d'une abondante évacuation intestinale; aucun symptôme fâcheux ne se manifesta et en peu de temps il était bien, sauf la nécessité de porter un bandage. Le docteur Adams espère que ce bandage procurera une guérison permanente.

2.° *Encéphalocèle congénitale.* — C'est une maladie très-grave, quelquefois très-obscure. La hernie se fait, à travers une ouverture congénitale de quelque portion du crâne et peut être formée par le cerveau, par le cervelet ou par tous les deux, avec leurs enveloppes membraneuses. Voici les caractères de cette maladie tels qu'ils sont donnés par le docteur Adams : en quelque point du crâne que soit située la tumeur herniaire, elle est de forme ovalaire ou sphéroïdale, molle et incolore. Elle offre des pulsations synchrônes à celles du cœur. Quelquefois, lorsque le malade est tranquille, ces pulsations sont peu distinctes, mais elles deviennent très-sensibles à la vue et au toucher par le plus léger exercice. Le malade, quand il est assez âgé pour rendre compte de ses sensations, n'accuse aucune douleur dans la tumeur; s'il est très-enfant, il ne semble y éprouver aucune souffrance, même lorsqu'elle est légèrement comprimée. La grosseur de la tumeur est augmentée

momentanément par les efforts de la toux, de l'éternuement et même par les cris. Pendant tout effort respiratoire, une légère teinte rouge passe rapidement à travers la peau, qui est en général mince et demi-transparente à l'endroit où elle recouvre la hernie. Par une soigneuse application des doigts autour de la base de la tumeur, on sent assez facilement les bords de l'ouverture du crâne qui a livré passage à la hernie, qui sont quelquefois doux et unis; mais ils peuvent être aussi inégaux et raboteux. Dans tous les cas qui se sont offerts au docteur Adams et où l'on pouvait apprécier l'état des facultés intellectuelles, celles-ci étaient intactes.

Les caractères de cette maladie ne sont pas toujours aussi tranchés. Ainsi Lallemand rapporte un cas où la tumeur fut prise pour une loupe, et où l'on commença une opération en conséquence de cette opinion. L'encéphalocèle congénitale ne se présente pas aux fontanelles aussi souvent qu'on pourrait le croire; elle se forme plus ordinairement à travers quelque point de la région occipitale, sur la ligne médiane. Au moment de la naissance, la tumeur présente une fluctuation manifeste; chez l'adulte, le fluide a disparu, la tumeur est plus molle. L'encéphalocèle, comme le *spina bifida*, co-existe généralement avec l'hydrocéphale; mais M. Adams pense que le *spina bifida* est la plus dangereuse des deux maladies. Il n'a vu dans aucun cas, la paralysie des membres supérieurs ou inférieurs. Le danger existe principalement dans la première période de la maladie, à cause de la coexistence presque constante de l'hydrocéphale, qui doit faire craindre une trop grande distension et l'ulcération du sac herniaire. La plus grande partie de la tumeur est formée par le cerveau ou le cervelet; si on l'examine aussitôt après la naissance, on la trouve molle, les circonvolutions sont ramollies, et toute la masse est infiltrée d'eau. Le sac herniaire est constitué par la dure-mère poussée au-devant du cerveau,

tapissée intérieurement par l'arachnoïde et fortifiée extérieurement par le tissu qui était destiné à former le périoste interne des os du crâne.

M. Adams a vu cette tumeur traversant la portion droite de l'os frontal; il l'a vue à la racine du nez, là où il existe une lacune prendant quelques semaines entre l'apophyse nasale et l'os frontal.

M. Adams n'a aucune confiance dans le mode de traitement proposé par les auteurs, savoir : la compression. Il est, dit-il, inapplicable au début de la maladie, avec lequel coïncide si souvent l'hydrocépale, et inutile dans la suite. Il estime davantage les ponctions fréquentes avec une aiguille fine, d'après la méthode recommandée par sir Astley Cooper pour les cas de *spina bifida*. Il pense qu'une ponction faite avec assez de soin pour laisser sortir un liquide limpide, et pour ne point admettre d'air, ne peut être une opération dangereuse. Suivant lui, on doit pardessus tout, chercher à fortifier la peau par des applications astringentes, avec l'écorce de chêne et l'alun : mais si une sur-distension ou l'ulcération de la peau est imminente, il ne faut point hésiter à faire la ponction de la tumeur. Dans la seconde période de la maladie, la seule indication consiste à garantir la tumeur de toute violence extérieure. Le traitement interne se réduit à combattre tout désordre quelconque par les moyens appropriés. M. Adams a cité plusieurs observations que nous rapportons avec leurs détails principaux :

Obs. I.re — La tête de l'enfant était la plus petite qu'il eût jamais vue; le front était déprimé, et une tumeur grosse comme une orange était située à la région occipitale et dirigée en bas et en arrière. Le volume de cette tumeur était dû en grande partie à un liquide qui donnait lieu à une fluctuation évidente. L'enfant resta, pendant plusieurs heures après sa naissance, dans un état de langueur et comme prêt à mourir; sa respiration était lente et imparfaite. Une petite

ponction de la tumeur en fit couler une quantité considé rable de sérosité limpide. Après cet écoulement, l'enfant sembla se réveiller de sa stupeur, son pouls devint perceptible, il prit quelque nourriture, la piqûre se cicatrisa, mais il ne survécut que neuf jours. À la dissection, on trouva que le sac formé par la dure-mère contenait tout le cervelet et une grande partie des lobes postérieurs du cerveau. Ceso rganes étaient ramollis, infiltrés, et entourés de beaucoup de sérosité limpide. Le crâne était mince, mais ferme; les os du crane se touchaient dans toute l'étendue des sutures, de sorte qu'il n'y avait aucune fontanelle. L'ouverture de l'occipital, qui avait laissé passer la hernie, était comprise entre l'apophyse cunéiforme en avant, et l'angle supérieur au-dessus et en arrière; l'os étant ainsi fendu, sur la ligne médiane, par un large hiatus ovalaire, dont le plus grand diamètre était de deux pouces, et dont le diamètre transversal était d'un pouce. Cet hiatus, dans l'état frais, était divisé en deux par une cloison membraneuse; la partie antérieure formait le trou occipital, la partie postérieure plus grande donnait passage à l'encéphalocèle.

Obs. IIe — La tête de l'enfant était de grosseur ordinaire; la tumeur, aussi grosse qu'une orange, était dirigée en arrière et pendait sur le cou. La maladie fut abandonnée à elle-même. La tumeur s'accrut lentement; une ulcération s'établit graduellement, donna issue à un liquide albumineux limpide. L'enfant dépérit et mourut dans les convulsions à la fin de la septième semaine.

Obs. IIIe — M. Adams a donné des soins pendant plusieurs années à un garçon actuellement âgé de 20 ans. L'encéphalocèle forme une tumeur large et applatie qui occupe presque toute la moitié droite du front et s'étend dans la fosse temporale; il en résulte une difformité hideuse. La paroi supérieure de l'orbite et l'arcade sourcilière sont considérablement déprimées et dirigées obliquement. L'œil est déformé et la cornée opaque. La tumeur est inégale, douce

au toucher, compressible, offre des battemens synchrônes avec ceux du cœur et reçoit une impulsion visible de l'éternuement et de la toux. Le col de la tumeur est large; la peau est épaisse et pâle; l'anneau osseux qui donne passage à la hernie offre un bord inégal et raboteux. L'enfant est né avec cette difformité, et n'en a jamais éprouvé aucun inconvénient, hors l'affection de l'œil indiquée tout-à-l'heure. Pendant les sept dernières années, le volume de la face a augmenté, mais le front et la hernie n'ont subi aucune espèce d'altération.

Obs. IV.° — A. B., âgé de 6 ans, jouissant en apparence d'une bonne santé, porte une tumeur qui offre tous les caractères de l'encéphalocèle. Elle est située un peu au-dessus de la protubérance occipitale; elle a le volume d'un œuf de poule; son union avec la tête est étroite; les bords de l'ouverture de l'os occipital par où elle passe, sont bien marqués. La peau qui la recouvre est inégalement mince et en quelque sorte transparente; sa surface est irrégulière et fait naître la pensée qu'elle pourrait bien contenir les lobes postérieurs du cerveau. La tête est d'ailleurs bien conformée, et les fontanelles sont fermées depuis long-temps. Le docteur Adams vit cet enfant très-peu de temps après sa naissance. La tumeur était alors aussi grosse et avait presque la même forme qu'à présent. Cependant, la peau semblait prête à se crever, et on jugea à propos d'y faire une ponction à l'aide d'une aiguille fine qui fut introduite dans l'endroit où elle était la plus saine et le plus épaisse. Une demi-once de liquide limpide fut évacuée: la poche devint flasque, mais il resta une tumeur de la grosseur d'une noix, qui forma la principale partie de la hernie. La plaie fut pansée avec soin. On fut obligé de répéter sept fois cette opération; une fois on fit usage de la lancette; l'emploi de la lancette fut suivi de fièvre et d'insomnie, ce qui n'avait point eu lieu aux autres ponctions. On essaya la compression après une des ponctions, mais elle détermina des con-

vulsions et il fallut l'abandonner. Peu à peu la peau devint plus épaisse, la quantité de liquide diminua, on cessa de recourir à la ponction, et l'enfant est actuellement dans un état de santé très-satisfaisant.

Mémoire sur le xeroma conjunctivæ (*xerophthalmie*, ξηρός, *sec*, ὀφθαλμός, *œil*); *par* Wm. Mackensie, *professeur d'ophthalmotologie à l'Université de Glascow* (1).

Agnès M' Kinnon, âgée de 26 ans, entra à l'hôpital ophthalmologique de Glascow, le 26 mars 1833, dans l'état suivant : Les deux conjonctives étaient rouges et avaient évidemment souffert d'une longue inflammation : la conjonctive droite surtout était d'un rouge obscur, et, à l'endroit où elle abandonne la paupière inférieure pour passer sur le globe de l'œil, elle offrait une teinte olivâtre déterminée par l'usage fréquent du nitrate d'argent en solution. La conjonctive gauche semblait transformée en peau, ayant une couleur blanchâtre en plusieurs endroits, et en dedans de la paupière supérieure elle présentait l'apparence d'une cicatrisation véritable. Elle était dans toute son étendue plus sèche qu'à l'état normal, et semblait privée de la sécrétion muqueuse qui lui est propre. La malade disait que cet œil formait bien moins d'eau que celui du côté droit. A l'extrémité nasale de la paupière du côté gauche, il y avait une tendance à la symblépharose ; la conjonctive, quand la malade tournait l'œil en haut et en dehors, formait une bride qui entravait le libre mouvement de l'œil. Il y avait une légère inversion des paupières du même côté, dont plusieurs cils, dirigés vicieusement, frottaient contre la surface du globe de l'œil ; plusieurs vaisseaux rouges serpentaient sur la cornée gauche. La malade avait été sujette aux ophthalmies depuis huit ans ; la première fois,

(1) *London med. Gazette*, 13 avril 1833.

la maladie avait affecté l'œil gauche, et avait été déterminée par un coup. Les conjonctives n'avaient jamais été scarifiées, ni touchées avec aucun caustique solide. Aucune opération n'avait été faite pour combattre l'inversion des paupières, si ce n'est l'arrachement des cils vicieux. La langue était nette; les évacuations régulières. On arracha les cils vicieusement dirigés, et on prescrivit à cette femme de baigner ses yeux trois fois par jour dans une solution tiède de dix grains de muriate d'ammoniaque et de vingt grains de gomme arabique dans huit onces d'eau.

L'histoire précédente offre un exemple d'un état particulier de la conjonctive, résultat de l'inflammation prolongée et mal-traitée de cette membrane. Il a été décrit par M. Travers, sous le nom de *cuticular conjonctiva.* Il dit (1) qu'il a vu des cas où cette transformation de la conjonctive en une peau rugueuse et opaque allait jusqu'à unir les paupières ou globe de l'œil et à oblitérer les sinus palpébraux. Tout en considérant cette maladie comme la suite de l'inflammation chronique de la conjonctive, il la fait dépendre immédiatement de l'oblitération des conduits lacrymaux; idée qui avait été émise long-temps auparavant par Schmidt de Vienne (2), qui décrit la maladie sous le nom de *xérophthalmie.*

Nous devons la description la plus récente, et jusqu'à présent la plus complète, de cette maladie, au docteur Ammon, de Dresde, un des ophthalmologistes les plus originaux et les plus ingénieux de l'époque actuelle (3). Il avoue, toutefois, que le premier cas qu'il eut occasion d'examiner, fut signalé à son attention par le professeur Jäger, d'Erlangen, qui dans une de ses leçons cliniques, avait

---

(1) *Synopsis of the diseases of the eye*, p. 120. — Lond. 1820.
(2) *Krankheiten des thraenenorgens*, p. 55. — 1803.
(3) *Zeitschrift für die ophthalmologie*, vol. I.er, p. 65. — Dresden 1830.

parlé de cette affection de l'œil sous le nom *Ueberhäutung der conjunctiva.*

Les principaux symptômes du *xeroma conjuntivæ* peuvent être déduits de l'observation qui précède; les remarques suivantes du professeur Mackenzie jetteront quelque lumière sur ce sujet. Quoique, en général, la conjonctive soit d'un rouge noirâtre, et présente une surface épaisse, inégale et sombre, elle est quelquefois plus blanche et moins vasculaire qu'à l'état normal. Elle est toujours plus sèche que dans l'état de santé, et semble recouverte par la peau. La caroncule paraît sèche, unie, applatie, quelquefois plus blanche qu'à l'ordinaire, et souvent elle est à peine reconnaissable. Les points lacrymaux sont ordinairement contractés ou oblitérés; quelquefois cependant dilatés et paralysés. La cornée perd sa transparence, devient nébuleuse, des vaisseaux rouges se développent dans la portion de conjonctive qui la tapisse. Il y a ordinairement entropion très-manifeste, avec trichiasis, symblépharose incomplète, et il arrive assez souvent que la conjonctive tombe en plis autour de la cornée, et surtout au-dessus d'elle. La conjonctive est presque insensible au contact du doigt. Si l'on instille de l'eau froide ou chaude dans l'œil, il n'en résulte aucune sensation. Le malade éprouve dans l'œil un sentiment de sécheresse, ou comme si cet œil contenait du sable. S'il essaie de pleurer, les larmes ne coulent point, mais ces efforts rendent l'œil rouge et douloureux, tandis que rien de semblable ne s'opère dans l'œil sain.

Le *xeroma* est toujours précédé d'une longue inflammation de la conjonctive; et l'on peut conclure tant de l'aspect de cette membrane que des autres symptômes, que sa texture a été altérée dans le cours de cette inflammation et qu'elle a perdu en totalité ou en partie la propriété de sécréter du mucus. L'espèce d'inflammation qui est la plus propre à déterminer cette altération de la conjonctive, est celle que le docteur Mackenzie appelle *scrofulo-catarrhale;*

mais elle peut succéder à toute espèce de conjonctivite chronique, scrofuleuse, catarrhale ou contagieuse. Le docteur Ammon prétend que la *granular conjunctiva*, en cédant, laisse fréquemment la conjonctive disposée au *xeroma*; mais il paraît que l'on doit chercher l'origine la plus fréquente de cette maladie dans l'ophthalmie *scrofulo-catarrhale* abandonnée à elle-même, ou traitée seulement par les stimulans, tel que le *golden ointment*, le *black ointment* et autres semblables. Au lieu de combattre l'inflammation par des applications émollientes et la saignée locale, on se sert malheureusement trop généralement des médicamens stimulans, et même des escharrotiques dans des proportions telles que la texture muqueuse de la membrane est détruite; cette lésion est suivie, au bout de quelque temps, de la transformation de la conjonctive en une membrane cutaniforme. Le docteur Mackenzie a vu la membrane muqueuse de la langue en partie ainsi transformée, offrant de nombreuses taches blanches, cutanées, inaltérables. Les préparations saturnines sont probablement, dans plusieurs cas, la cause du *xeroma;* car, si la moindre excoriation existe sur la conjonctive, le plomb, précipité par l'acide muriatique qui existe dans les sécrétions muqueuses et lacrymales, se fixe à l'instant sur les endroits excoriés, les rend blancs et secs, et est très-rarement enlevé. Aussi les bons praticiens n'emploient-ils jamais l'eau de Goulard, et les autres semblables, quelque légère que soit l'affection de l'œil. Telles sont pourtant les applications favorites du vulgaire.

Le docteur Ammon, rencontrant très-souvent le *xeroma* compliqué d'entropion, en a conclu que l'opération qui consiste à enlever un pli de la peau pour guérir la dernière maladie, peut souvent déterminer la première, l'incision étant faite trop profondément, et l'inflammation qui en est la suite s'étendant aux conduits lacrymaux; mais on trouve le *xeroma* chez des sujets qui n'ont jamais subi cette opé-

ration, et chez qui il n'y a eu aucune inversion des paupières. Il est très-vrai que dans le *xeroma* les conduits lacrymaux sont quelquefois oblitérés; mais cette oblitération ne doit-elle pas être attribuée à la même inflammation chronique mal soignée, aux mêmes applications violentes, qui causent l'oblitération des pores sécréteurs de la conjonctive? Peut-on admettre que cette simple oblitération suffit pour déterminer le *xeroma* dans l'œil sain d'ailleurs?

Dans les circonstances ordinaires, c'est le mucus sécrété par la conjonctive, et non les larmes, qui entretient l'œil humide et la cornée transparente. L'humidité de l'œil et la transparence de la cornée persistent après l'extirpation de la glande lacrymale. Mais que la conjonctive, comme dans la maladie qui nous occupe, soit privée de sa faculté de sécréter, le malade ne se plaint pas seulement d'un sentiment de sécheresse dans l'œil et de mouvoir son œil avec difficulté, mais la membrane prend l'apparence de la peau qui recouvre le dos de la main, et la cornée, n'étant plus gardée contre l'influence de l'air, de la poussière et de la lumière, devient opaque.

D'après le docteur Ammon, les applications froides sont fâcheuses dans cette maladie. Il faut baigner l'œil avec un liquide tiède qui ait de l'analogie, sous le rapport des propriétés physiques et chimiques, avec le produit de la sécrétion que l'œil a perdue, et qu'on ne doit guère espérer de lui rendre. Si la conjonctive est très-rouge, la saignée locale procurera du soulagement: Il ne faut point négliger la santé générale; et l'on doit donner ses soins aux diverses complications telles que le trichiasis et l'entropion.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Vice de conformation du cœur (absence de l'oreillette droite). — Une femme âgée de 25 ans fut attaquée d'une fièvre typhoïde en 1824. Le 7.e jour de la maladie, elle éprouva de violentes palpitations qui durèrent plusieurs jours, cessèrent pendant un certain temps, et revinrent par intervalles; des vomissemens pénibles existaient en même temps, et dans les progrès de la maladie, le délire, la toux, la miliaire, des douleurs goutteuses et l'œdème des pieds se manifestèrent. Au bout de cinq mois, pendant lesquels elle avait été si gênée par la dyspnée et les palpitations qu'elle ne pouvait marcher que très-doucement, il survint une abondante hémoptisie. La saignée diminua la dyspnée et les palpitations; mais de temps en temps elles revenaient avec beaucoup de force. En février 1827, les règles se supprimèrent, et sa santé se détériora d'une manière remarquable. Elle mourut cinq mois après cette suppression, et trois ans et demi après sa fièvre typhoïde. Quelque temps avant sa mort, les palpitations étaient devenues très-pénibles et étaient toujours accompagnées de vomissemens. La voix aussi était perdue.

Autopsie. — Le cœur était mollasse et privé de son oreillette droite; à la place de celle-ci était un canal veineux, long d'un pouce, et large d'un pouce et demi, qui s'étendait du cœur à la jonction des deux veines caves; la seule trace du sinus veineux était une petite portion de la cloison, mais il y avait un vestige plus considérable de l'appendice auriculaire, son volume égalait celui d'un gros pois. Dans l'endroit où le canal veineux s'unissait au cœur, un sillon circulaire marquait la place de la valvule tricuspide; l'ouverture était cependant si large, que le canal et la portion supérieure du ventricule droit ne formaient qu'une seule et même cavité; la portion inférieure de ce ventricule était séparée de la supérieure par des colonnes charnues transversales qui divisaient ce ventricule en deux cavités; l'artère pulmonaire était très-élargie; le côté gauche du cœur avait de petites dimensions, mais sa structure était normale; les poumons étaient farcis de tubercules (*Journal de Hufeland*, juillet 1831).

Imperforation du vagin. — Opération fatale. — Absence d'utérus. — *Par le docteur Macfarlane.* — Madame C.*** âgée de 28 ans, consulta le docteur Macfarlane, le 4 février 1823. Elle était grande et bien conformée, mais pâle et maladive. Elle était sujette à de fréquentes

épistaxis et à des vertiges depuis l'âge de 16 ans : elle n'avait jamais été menstruée ; elle était mariée depuis un an, et se plaignait d'une obstruction du vagin qui l'inquiétait. En examinant la vulve, on trouva que l'orifice vaginal était fermé complètement par une substance épaisse, ferme, comme musculaire, continue avec le bord interne des grandes lèvres, et adhérente au pubis, au-dessous et autour de l'urètre, de manière à ne pas laisser la plus légère trace d'ouverture. Cette substance n'avait ni le toucher, ni l'apparence d'une membrane ; sa surface était granulée ; et en écartant largement les grandes lèvres, on y voyait des bandes de fibres en apparence musculaires. Le petit doigt pouvait, en poussant cet obstacle devant lui, entrer d'un demi-pouce environ dans le vagin qui était excessivement petit et contracté. Les parties externes étaient bien conformées, et l'orifice de l'urètre était naturel, mais le clitoris était petit outre-mesure. Il n'y avait aucune tuméfaction dans l'hypogastre ; la vessie et le rectum étaient libres de toute obstruction, les mamelles étaient bien développées et les désirs vénériens ne manquaient pas. Pour satisfaire aux vifs désirs de cette dame, le docteur Macfarlane procéda à l'opération le jour même. Elle fut placée comme pour la lithotomie ; alors l'opérateur fit une incision d'un pouce et demi de long, dans une direction perpendiculaire, au milieu de cette cloison charnue. Un bistouri aigu et étroit fut poussé à plus d'un pouce dans le vagin, la pointe en bas et le dos tourné du côté du pubis, pour éviter de blesser l'urètre. Il jugea que ce procédé pouvait être dangereux, à cause de la grande épaisseur de la cloison et de l'indécision où il était sur la disposition des parties. Il essaya donc d'introduire une sonde, mais ne put y parvenir ; c'est pourquoi, à l'aide de pinces et de ciseaux, il enleva plusieurs couches de la substance obturatrice. En introduisant une sonde dans l'urètre pour servir de guide, et en introduisant le doigt de temps en temps dans le rectum, il parvint à se frayer un chemin jusqu'à deux pouces de profondeur. Il y avait là encore un obstacle au-delà duquel on croyait reconnaître l'existence d'une cavité. On passa des ciseaux à dissection à travers cet obstacle, et le reste de l'obstruction fut divisé, en introduisant une sonde canelée dans l'ouverture ainsi faite, en procédant d'arrière en avant. Le doigt put alors pénétrer dans le fond du vagin, qui semblait lubréfié par du mucus, mais on ne put pas découvrir d'utérus. On plaça un petit morceau d'éponge fine, à travers laquelle on avait passé un fil dans le vagin ; quelques tentes de charpie furent déposées entre les bords de la plaie.

La malade ne put se décider à garder la chambre après l'opération. Le 8, elle s'exposa à la neige ; le soir, elle s'enivra et commit d'autres inconséquences. Il se déclara une péritonite qui brava tous les moyens thérapeutiques, et la malade mourut huit ou dix jours après l'opération.

Autopsie. — On trouva des traces de péritonite. Les ovaires étaient bien conformés et d'une bonne grosseur. Les trompes de Fallope étaient longues d'un pouce et quart; leur extrémité ovarienne était normale. Il n'y avait point d'utérus; à sa place, il y avait une masse de tissu cellulaire condensé, de la grosseur d'une aveline, située à plus d'un pouce des extrémités utérines des trompes, et attachée lâchement au péritoine. En introduisant le doigt dans le vagin, on s'assurait que la cavité qui existait à son extrémité supérieure était formée par le péritoine entre lequel et la partie la plus élevée de l'obstruction, il y avait un espace libre, capable de contenir un petit limon. Le vagin, fendu longitudinalement, offrit une couleur grisâtre. L'urètre, la vessie, le rectum et le péritoine avaient leur disposition normale.

Dans ce cas, l'obstruction étaient évidemment congénitale, et différait pour la situation et l'apparence des imperforations vaginales qui sont le résultat d'ulcérations négligées. Cette dernière imperforation peut exister chez les enfans et les adultes; elle est rarement bornée au vagin et plus généralement s'étend aux parties internes, telles que les petites et les grandes lèvres. Le docteur Macfarlane a vu un cas de cette nature très-étendu chez une détenue, en 1817. Après une longue gonorrhée et le défaut le plus complet de propreté, la muqueuse des grandes lèvres et de la marge de l'anus s'était ulcérée, et réunie de manière à ne laisser que deux ouvertures pour la sortie de l'urine et des matières fécales. Une incision rétablit les parties dans leur état normal.

On a dit que, quand l'utérus manque ou est très-petit, les parties externes de la génération ne sont qu'imparfaitement développées, et le vagin est très-court ou entièrement oblitéré. Dans le cas de Madame C., toutes les parties externes étaient bien conformées et complètes, les mamelles étaient pleinement développées et pourtant il n'y avait point de matrice. Cette circonstance, toutefois, est facile à expliquer par l'existence des ovaires. Ces organes sont liés plus intimement que l'utérus avec le développement des parties externes de la femme; quand ils manquent, il est rare qu'on trouve les signes de la puberté, si jamais on les a trouvés (*Medico-chir. Review*, avril 1833).

Sécrétion et usages de la bile; *par B. Philipps.* — Le docteur B. Philipps a lu dernièrement un mémoire à la Société royale de Londres un mémoire où il cherche à établir les trois propositions suivantes :

1.° Les principes de la bile préexistent dans le sang, et la fonction du foie est de séparer de ce liquide une certaine proportion de ces matériaux.

2.° La bile peut être secrétée, aussi bien du sang artériel que du sang veineux.

3.° La présence de la bile n'est pas nécessaire à la formation du chyle.

Pour soutenir la première propsoition, l'auteur invoque l'analogie qui existe entre cette secrétion et les autres dont la suppression est suivie de la présence, dans le sang, du produit animal particulier qui caractérise la secrétion supprimée, comme il a été prouvé, pour l'urine, par Prévost et Dumas, Vauquelin, Sérullas et Magendie. L'auteur a confirmé les conclusions auxquelles ces auteurs sont arrivés, par quelques expériences qui lui sont propres, et dans lesquelles, au lieu d'extirper les reins, il s'est contenté de lier les vaisseaux veineux. Il rapporte deux cas dans lesquels la veine porte et l'artère hépatique furent liées, et où l'on trouva de la bile dans l'urine et dans le sang.

L'auteur, après avoir cité plusieurs autorités en faveur de sa seconde proposition, c'est-à-dire que le foie peut secréter la bile, quoique la veine porte soit oblitérée, rapporte deux expériences qu'il a faites sur des chiens; il lia la veine porte avant l'endroit où elle arrive à la fissure transverse du foie : dans les deux cas, cet organe continua à secréter de la bile, quoiqu'en petite quantité. Dans un autre chien, la ligature de l'artère hépatique produisit une péritonite mortelle, mais ne détermina aucun changement apparent dans la secrétion biliaire.

Les argumens employés par l'auteur, en faveur de son opinion, que le chyle peut être formé, quand il n'y a aucune trace de bile dans les intestins, sont tirés des faits rapportés par divers auteurs, dans lesquels le conduit cholédoque était oblitéré, par suite de la pression exercée par des tumeurs voisines. A l'appui de cette induction, il rapporte les expériences qu'il a faites sur quatre chiens; après avoir lié le conduit cholédoque près du duodénum, il trouva du chyle dans le canal thoracique.

L'auteur conclut de tous ces faits que la sécrétion de la bile a un autre but que celui de servir à la formation du chyle. (*Lond. med. Gazette*, 13 avril 1833).

Pathologie.

Anévrysme par anastomose de l'artère temporale; *obs. recueillie à l'hôpital de clinique chirurgicale et d'ophthalmologie de Berlin.* (*London med. and phys. journ.*, avril 1833.) — Cette espèce d'anévrysme n'a pas été, jusqu'ici, examinée avec assez de soin par la plupart des pathologistes, quoiqu'elle ne soit pas extrêmement rare. Elle se présente surtout là où une artère se divise en un grand nombre de branches dans un court espace. L'auteur de l'observation, qui ne se nomme point, l'a observée le plus souvent dans les divisions des artères occipitale et temporale. Dans tous les cas, la maladie s'était présentée chez des sujets très-jeunes, ce qui a fait penser à quelques auteurs qu'elle est le résultat d'un vice de conformation primitive. Au début, la maladie est caractérisée par plusieurs petites tumeurs situées les unes auprès des autres, douées de battemens très-forts, et qui, si on les examine

avec soin, correspondent manifestement au trajet des branches d'une artère. Quand la maladie fait des progrès, elle change de forme. Il s'élève, sur les points où les pulsations sont les plus fortes, des espèces de nodosités, plus ou moins rapprochées les unes des autres, qui forment, suivant leur degré d'extension, des tumeurs de grosseur et de formes variées, jusqu'à ce que, par un plus grand développement, elles constituent à la longue une tumeur en forme de grappe ou de peloton (*clusterlike*).

Ces anévrysmes s'accompagnent de graves inconvéniens et de danger, si on les laisse se développer indéfiniment. Quant aux moyens curatifs, l'auteur de l'observation a éprouvé depuis plusieurs années, que la ligature du tronc principal des artères affectées est souvent insuffisante, surtout quand la maladie a son siége dans les branches de la temporale ou de l'occipitale, à cause des nombreuses anastomoses qui font communiquer les artères frontales entre elles et avec les mêmes artères du côté opposé, et qui font que la tumeur anévrysmale a promptement recouvré tout le sang dont on la prive par la ligature d'un de ses troncs artériels.

Une autre circonstance s'oppose encore au succès de la ligature de l'artère principale, c'est que ces tumeurs ont acquis parfois un tel degré d'existence propre (*selbstandiges lebens*), que l'inflammation adhésive qui suit l'opération ne suffit pas pour déterminer leur oblitération. On ne peut espérer un résultat certain de la ligature que quand on l'applique non-seulement au tronc principal, mais encore à toutes les artères qui fournissent du sang à la tumeur; mais cette opération serait extrêmement pénible et pourrait être dangereuse par l'inflammation qu'elle détermiuerait à la tête.

L'auteur remplace la ligature par une autre méthode, qui est applicable toutes les fois qu'on peut exercer une pression immédiate sur une surface étendue, et qui a toujours réussi entre ses mains. Elle consiste à faire une profonde incision d'une longueur convenable au milieu de la tumeur anévrysmale, surtout dans l'endroit où les nodosités battent le plus fortement, sont le plus nombreuses et proéminentes, et dans une direction telle qu'on incise d'un seul coup le plus grand nombre possible de ces petites tumeurs. On doit à l'instant même arrêter l'hémorrhagie violente qui se manifeste, de la manière décrite ci-dessous. Les deux temps de cette opération sont beaucoup moins douloureux que la ligature d'une ou plusieurs artères, qui exige une si minutieuse dissection. Cette opération est d'autant plus certaine dans ses résultats, qu'elle est faite sur la partie affectée, et qu'elle détermine une inflammation adhésive beaucoup plus parfaite. Toute opération secondaire est inutile, et, dans les cas ordinaires, la guérison est effectuée dans le court espace de quelques semaines.

L'observation suivante, qui a donné lieu aux considérations qu'on

vient de lire, a eu pour témoins Von-Walther et plusieurs autres médecins étrangers.

Un garçon, âgé de 10 ans, d'une constitution scrofuleuse, éprouvait depuis quatre ans, et probablement depuis sa naissance, des battemens très-douloureux dans la région temporale droite. Il y avait en cet endroit une tumeur élastique et très-inégale, proéminente, de plus d'un pouce, ferme à la circonférence; la seule nodosité qui eût de fortes pulsations les perdait par une ferme pression, qui causait de la douleur, mais au moyen de laquelle on sentait très-bien les os, et l'on rendait aux parties leur état normal. Le sommet de la tumeur occupait le milieu du pariétal; de là, elle s'étendait dans tous les sens, formant un cercle dont le diamètre était au moins de quatre pouces.

Cette tumeur faisait paraître la moitié droite de la tête plus grosse que la gauche. Quand les cheveux furent rasés, le patient fixé, et l'appareil pour arrêter l'hémorrhagie prêt, on fit une incision sur la tumeur d'avant en-arrière, dans une étendue de trois pouces; cette incision divisait le plus grand nombre et les plus grosses des nodosités. Beaucoup de sang artériel s'écoula; mais aussitôt on appliqua une éponge douce qui s'étendait au-delà des bords de la tumeur, et sur laquelle on exerça une forte pression; cette pression fut maintenue avec vigueur pendant quelques secondes, de telle sorte que les lèvres de la plaie et les parties contiguës étaient vides de sang autant que possible. Tandis que l'opérateur avait une main occupée à exercer cette pression, il saisit de l'autre main une compresse assez large, écarta l'éponge, appliqua subitement la compresse, avant que l'hémorhagie ait pu reparaître, entre les lèvres de l'incision, et ensuite couvrit toute la tumeur avec une éponge plus large qu'elle, d'un pouce environ d'épaisseur, qui fut maintenue solidement par des bandelettes agglutinatives et un bandage. Après quelques heures, on diminua la pression qui avait été nécessaire d'abord, en défaisant quelques tours de bande.

Le second jour, on remplaça l'éponge par des compresses, pour éviter les douleurs et l'inflammation qui auraient pû être déterminées par une compression immodérée. Un léger traitement antiphlogistique fut nécessaire pour combattre la douleur et la fièvre qui suivirent l'opération. Le 7.e jour, les compresses furent séparées par une suppuration abondante, et la plaie fut bientôt guérie, ses bords étant affrontés à l'aide d'agglutinatifs. Il n'y eut point d'hémorrhagie secondaire. Il ne ne resta pas la plus légère trace de pulsations à la circonférence de la tumeur, et la douleur et la tuméfaction disparurent entièrement.

Fracture de l'os hyoïde; lésion des nerfs; mort. — Une femme âgée fut apportée à l'hôpital *des Sœurs*, dans le duché de Posen: elle était prise d'attaques de suffocation; son visage était bleu; ses extrémités étaient froides. Elle ne pouvait ni avaler, ni parler, cependant elle

avait toute sa connaissance. Elle mourut au bout de vingt-quatre heures. Tout ce qu'on put apprendre sur son compte, fut qu'elle avait été jetée contre un mur par un chariot qui avait versé sur elle. Il y avait une fracture de la mâchoire inférieure, du côté gauche, et un peu de contusion au cou; on ne put pas découvrir d'autres lésions extérieures. A la dissection, on trouva que la corne gauche de l'os hyoïde était fracturée, et que les nerfs du larynx semblaient avoir participé à la contusion. Aucune autre lésion ne fut trouvée à laquelle on pût attribuer la mort. (*Medicinische Zeitung.*)

Evacuation graisseuse des intestins; *Obs. par Richard D. Eastcott.* — Une femme âgée de 48 ans, fut admise à l'hôpital de St.-Pancras, le 5 février 1833. Elle était malade depuis long-temps, et semblait alors souffrir d'une affection organique du foie de vieille date. Cette femme a été très-adonnée aux liqueurs spiritueuses, et très-irrégulière dans ses mœurs. Son teint était verdâtre; elle était maigre, se plaignait de beaucoup de douleur dans le côté droit et l'épigastre; elle était sujette à de vives souffrances qui se manifestaient par intervalles dans les intestins; mais le symptôme le plus remarquable, c'est qu'avec ses selles, qui étaient de mauvais caractère et ne portaient aucun signe de la présence de la bile, elle rendait une matière semblable au suif, ou au sperma-ceti, ou à un mélange de ces deux substances, qui dans le vase où elle est reçue, flottait en grande quantité à la surface de l'urine. Cette femme fut traitée par les sangsues, les vésicatoires, et soutenue par une alimentation légère. Elle mourut le 17 février.

Autopsie. Le 19 février. — Les poumons étaient sains, mais il y avait un épanchement de sérosité dans les cavités pleurétiques, environ trois pintes en tout. Le foie était ramolli, un peu développé, d'une couleur jaune pâle, offrant de nombreuses pétéchies à sa surface. La vésicule était transparente, n'offrait pas la plus légère tache de bile, et ressemblait à un intestin mince et bien lavé; elle contenait environ deux onces d'un liquide qui avait plutôt l'apparence d'urine bilieuse que de bile. Le colon était contracté comme une corde; on ne trouva aucune trace d'inflammation dans toute l'étendue de la membrane muqueuse, qui était très-pâle. Les matières contenues dans les intestins, excepté vers le rectum où elles avaient quelque apparence de matières fécales, n'étaient qu'une sécrétion blanchâtre analogue au *blanc-manger*, et quelquefois à une épaisse décoction de riz. On ne trouva rien qui ressemblât à la matière graisseuse qui avait été rendue par l'anus. Une ancienne adhérence unissait l'épiploon à la vésicule du fiel. Le pancréas était induré, altéré dans sa structure, et le canal pancréatique, qui était dilaté, contenait une grande quantité de concrétions crayeuses aussi dures que l'os; les unes étaient de la grosseur d'un pois, les autres plus grosses; elles ressemblaient pour l'inégalité

de leur surface, aux calculs muraux de la vessie. Les muscles étaient amincis et pâles; la substance cellulaire, particulièrement autour de l'abdomen, était infiltrée; et environ une chopine de sérosité était contenue dans la cavité abdominale. (*London med. Gazette*, 13 avril 1833.)

Thérapeutique.

Ligature de l'artère carotide, pour combattre une hémorrhagie de l'oreille et de l'arrière-bouche; *Obs. par le docteur Cheyne de Leith.* — William Mason, enfant délicat de 9 ans, se plaignit, vers la fin d'août 1832, de douleur dans l'arrière-bouche, du côté gauche; elle disparut en deux jours. Environ une semaine après, le 29 août, il fut pris de douleur dans le côté droit du gosier, accompagnée de fièvre violente. La fièvre céda au bout d'un jour ou deux, mais il resta une tuméfaction douloureuse, visible à l'extérieur, entre la la partie supérieure du larynx et le muscle mastoïdien. Elle s'accrut peu à-peu, s'étendant vers la mâchoire, et enfin jusqu'au conduit auriculaire externe. Vers le soir du 8 septembre, il se fit, par ce canal, un écoulement de pus qui dura jusqu'au soir du jour suivant. Les dernières portions de l'écoulement étaient teintes de sang. Peu de temps après que cet écoulement eût cessé, il se fit par la même voie, une hémorrhagie qui coula avec abondance pendant un temps très-court et s'arrêta spontanément; quelques onces de sang furent perdues. On appliqua une compresse et un bandage; la tumeur avait disparu entièrement. Le 13, nouvelle hémorrhagie. On introduisit une éponge qui fut maintenu par un bandage. Depuis le 9, époque de la première hémorrhagie, une tumeur sans pulsations se forma entre l'angle de la mâchoire, l'apophyse mastoïde et le conduit auditif externe. Le 16, elle avait pris un grand accroissement; elle s'étendait en bas jusqu'au larynx. En examinant la bouche, on aperçoit une tuméfaction semblable à celle qui serait le résultat d'une amygdale gonflée, poussant en avant le voile du palais et s'insinuant entre la la mâchoire et la membrane muqueuse de la bouche; elle était pâle, molle et élastique. Elle était accompagnée des symptômes suivans: respiration et déglutition considérablement gênées; articulation des mots imparfaite; issue fréquente de mucosité du gosier; difficulté à fermer les mâchoires; décubitus dorsal pénible; visage altéré; yeux larmoyans; le pouls de l'artère temporale était très-sensible. Le 18, dans la soirée, écoulement soudain de la bouche de deux ou trois onces de sang vermeil Un jour ou deux auparavant, les mucosités étaient teintes de sang. Le docteur Combe, craignant de voir l'hémorrhagie devenir fatale, soit par sa quantité, soit par la proximité de la trachée, en causant la suffocation, se décida à lier l'artère carotide primitive, et en fit la proposition aux parens, qui refusèrent,

d'abord. Quoi qu'il en soit, cette opération fut faite plus tard, par le docteur Syme, à côté du larynx. L'auteur aurait dû indiquer succinctement les moyens thérapeutiques mis en usage avant de recourir à une opération aussi grave. La ligature de l'artère fut suivie immédiatement d'une amélioration qui s'accrut jusqu'au 1.er octobre. L'opération n'entraîna pas plus d'inconvéniens qu'une simple plaie de ces parties. La tumeur externe diminua rapidement de volume et disparut; il restait encore une légère tuméfaction en-dedans à l'endroit où l'amygdale est située. L'artère temporale ne donna plus de battemens. Depuis le premier écoulement de sang de l'oreille, il s'y est toujours fait un écoulement clair et sanguinolent peu abondant. Le soir du 1.er octobre, lorsque le malade lisait à haute voix, il se fit une abondante hémorrhagie de l'arrière-bouche et de l'oreille en même temps. Elle s'arrêta d'elle même. Dix onces de sang environ s'écoulèrent. En examinant la bouche, on trouva quelques caillots sanguins adhérens à l'amygdale droite. L'enfant était sorti imprudemment dans la matinée et avait couru sans précautions. Le 2, une tumeur grosse comme la moitié d'un œuf de poule s'était formée depuis la veille au soir, entre l'angle de la mâchoire, l'apophyse mastoïde et le conduit auditif; celle de la bouche n'avait pas augmenté. Le 6, la tumeur extérieure avait un peu diminué. L'écoulement de l'oreille avait cessé depuis le 1er. Dans la soirée, une nouvelle hémorrhagie eut lieu de l'arrière-bouche et des narines, mais sans doute ayant une origine unique, l'arrière-bouche à droite. Elle ne cessa qu'après l'écoulement de vingt onces de sang. Aussitôt après, l'enfant eut une syncope. Au bout de deux heures, il revint à lui et s'endormit avec le pouls à 120. Le 8, hémorrhagie du même endroit de 18 onces, suivie d'une syncope et d'un pouls très-faible. Après le 8, il n'y eut plus d'hémorrhagie; la tumeur diminua, et l'enfant se remit peu-à-peu. Pendant quelque temps, l'amygdale droite fut d'une couleur sombre. Actuellement l'enfant se porte aussi bien qu'avant le commencement de sa maladie. D'après la manière dont cette histoire est racontée, il semblerait que la maladie a été abandonnée à elle-même, sauf l'opération indiquée, et dont on ne voit pas nettement l'utilité dans ce cas curieux. (*Ed. M. and S. Journal*, avril 1833.)

Ablation de tumeurs fibreuses du col de l'utérus; *obs. par le docteur Laracine*. — « La malade était âgée de 34 ans, d'une petite stature et maigre; elle avait eu huit enfans qui tous, à l'exception du dernier, sont morts dans la première année de leur âge, et la plupart dans la première quinzaine. Elle eut plusieurs affections vénériennes, entre autres une, il y a cinq ans, affectant surtout le voile du palais et la luette, qui ne furent guéries que par la cautérisation et les astringens. Dans le mois d'octobre 1827, elle vint me consulter pour un écoule-

ment muqueux, sanguinolent et abondant qu'elle éprouvait par la vulve. Elle avait en même temps un peu de gêne et de sensibilité dans le bas-ventre et dans le bassin. Je conseillai les bains entiers, les injections et boissons émollientes, le régime antiphlogistique. Ce traitement n'amenant aucune amélioration, et la teinte sanguine ainsi que la sensibilité de l'hypogastre paraissant augmentées, je la déterminai à se laisser toucher pour connaître l'état physique de l'utérus. Je rencontrai, sur la lèvre antérieure du col de cet organe, une tumeur arrondie occupant la moitié de cette lèvre du côté gauche, et y étant implantée de manière à faire corps avec elle. Sa base présentait une surface d'environ quinze lignes transversalement, et de huit à dix d'avant en arrière. Son volume était celui d'une grosse noix alongée et un peu aplatie; sa surface rugueuse, sa consistance dure et comme fibreuse. La pression en faisait exhaler des mucosités abondantes et sanguinolentes. Je déclarai à la malade qu'elle ne pourrait s'en débarrasser que par une opération (l'ablation ou la ligature), et je lui conseillai de consulter un confrère expert dans ces sortes d'affections.

» Un professeur, aussi distingué par son savoir que par sa dextérité, déclara que l'amputation était le moyen le plus convenable; et, le 3 décembre de la même année, il l'en débarrassa de la manière suivante : la malade fut placée transversalement sur son lit, le siége reposant sur le bord de celui-ci, les cuisses écartées, les jambes ployées et tenues par deux aides. L'opérateur, assis devant la malade, porta l'indicateur gauche dans le vagin; il dirigea une pince à airine double le long de ce doigt jusqu'à la tumeur, qu'il saisit avec cette même pince; tirant ensuite sur les anneaux, il amena la tumeur hors de la vulve, de manière qu'elle se trouva complètement à nu. Il me chargea de la maintenir en cette position; et avec un bistouri boutonné, il en opéra l'ablation en coupant sur le tissu du col sur lequel elle était implantée. L'opération fut faite très-promptement. La matrice débarrassée regagna promptement sa place, et la plaie ne donna lieu d'abord qu'à une très-légère effusion de sang. L'opérée déclara n'avoir souffert qu'au moment où les tractions furent faites sur la matrice pour la tirer au-dehors. Elle fut mise dans son lit en lui recommandant le repos le plus absolu et la diète. Comme elle perdait peu de sang, on ne prit aucune précaution contre l'hémorrhagie.

» La tumeur incisée présenta la consistance d'un tissu fibreux; compact, sans développement de vaisseaux, soit dans son intérieur, soit à sa base.

» Environ trois heures après l'opération, on vint me chercher en toute hâte, parce que l'opérée perdait beaucoup de sang. Je la trouvai très-affaiblie, et ayant éprouvé plusieurs fois des défaillances : des compresses trempées d'oxycrat froid, placées sur le ventre, des injections pareilles dans le vagin, firent aussitôt cesser l'hémorrhagie, qui

ne reparut pas. Il n'y eut ni fièvre, ni douleur; la malade fut en état de de se tenir levée au bout de huit jours, et de sortir dans moins de quinze.

» Elle jouit d'une assez bonne santé depuis cette époque jusqu'au commencement de juin 1829, que, se trouvant sortie, elle éprouva tout-à-coup une violente douleur dans l'hypogastre, et en même temps une perte de sang assez abondante. Elle fut reconduite chez elle, où je la vis peu de temps après; elle souffrait moins, mais elle perdait toujours du sang en assez grande quantité. Le toucher me parut présenter les caractères d'une fausse-couche imminente. Cependant, le repos, les calmans, les adoucissans et la diète, firent cesser les douleurs et la perte de sang, et la fausse-couche ne se fit pas. La malade resta dans un état de sensibilité utérine qui fit craindre une métrite pendant plus de quatre mois. Au bout de ce temps, elle sentit des mouvemens qui ne lui laissèrent plus de doute sur l'existence d'une grossesse. Elle accoucha heureusement, le 26 février dernier. Il n'y avait alors rien d'extraordinaire au col utérin, qui se développa librement, comme dans l'accouchement le plus naturel. Sa couche fut heureuse, et elle fut complétement rétablie vers le dixième jour.

» Environ trois semaines après son accouchement, elle se plaignit de sentir quelque gène dans le vagin; le toucher me fit sentir le développement de plusieurs tumeurs occupant la lèvre postérieure du col de la matrice, la commissure droite des lèvres de ce col, et la partie de la lèvre antérieure qui n'avait pas été occupée par la tumeur dont j'ai parlé précédemment. Ces trois tumeurs, séparées par un enfoncement bien marqué, se présentaient sous la forme de grosses sangsues gorgées de sang et bien dures. Elles paraissaient développées sur le bord libre des lèvres utérines, et recouvertes par la membrane qui tapisse celles-ci. En portant le doigt un peu plus loin, on sentait le reste de la lèvre souple, mou, et dans l'état naturel. Celle qui occupait la commissure des lèvres paraissait moins isolée et semblait s'étendre plus près du corps de l'utérus. Je ne pus dissimuler à la malade son état, puisqu'elle avait senti elle-même ces tumeurs en se touchant. Je la tranquillisai sur les suites, et je l'invitai à patienter pour laisser passer complètement le temps de ses couches avant d'aviser aux moyens de l'en débarrasser. Ces tumeurs ne firent qu'augmenter rapidement, et bientôt elles donnèrent lieu à des pertes de sang presque continuelles, et parfois assez abondantes.

» Environ six semaines après son accouchement, je l'engageai à prendre les avis du chirurgien qui l'avait débarrassée de la première tumeur. Il conseilla d'attendre. Enfin, la continuité de la perte de sang, l'augmentation des tumeurs et l'affaiblissement de la malade, firent décider l'ablation, qui fut pratiquée, le 22 mai 1830, de la manière suivante: toutes choses étant disposées comme dans la précé-

dente opération, l'opérateur chercha à saisir le col utérin pour l'amener à la vulve. Après quelques tentatives assez longues, il crut l'avoir saisi; mais, lorsqu'il tira à lui, la pince échappa. Il chercha alors à saisir plus fortement en introduisant une airine double vers la commissure droite des lèvres, et en saisissant le reste avec la pince à airine double. Il tira sur l'une et sur l'autre; mais, soit que l'engagement fût incertain, soit que le tissu sur lequel les instrumens attractifs étaient implantés ne fût pas assez solide, il craignit d'échapper de nouveau et il cessa ses tractions, se contentant de contenir l'organe un peu abaissé pour qu'il ne reculât pas sous l'instrument tranchant. Puis il glissa, le long de l'index gauche, un scalpel au moyen duquel il fit une incision sur le corps de la matrice, derrière le col de celle-ci. Il retira cet instrument pour y substituer un long bistouri boutonné, courbé sur son plat, et ne coupant que sur une petite étendue. Il coupa ainsi tout le col de la matrice, de manière cependant que la section se fit aux dépens du corps de cet organe. Il prit ensuite un autre bistouri boutonné, courbé en sens inverse, et il fit avec ce dernier la section de la partie postérieure du col. Il amena bientôt celui-ci au-dehors, sans avoir emporté la petite tumeur qui était à la commissure droite, qu'il amputa en dernier lieu, mais incomplètement. La première partie enlevée offrait les tumeurs situées sur les lèvres antérieure et postérieure, le col tout entier et une partie du corps de la matrice. La deuxième n'était qu'un morceau de tumeur fibreuse. Ces tumeurs, un peu moins dures que celle qui avait été extirpée trois ans auparavant, étaient pourtant de même structure; elles étaient plus étendues, un peu moins saillantes, et elles paraissaient tenir au bord libre des lèvres du col par une espèce de continuité de contexture, sans être cependant d'un tissu homogène. Celle de la lèvre postérieure présentait environ deux pouces et demi de long, celle de la lèvre antérieure, n'occupant que la moitié de cette lèvre, n'avait guère qu'un pouce de long; celle de la commissure, un peu plus d'un demi-pouce. Leur épaisseur et leur saillie étaient d'environ huit à neuf lignes. Le tissu propre des lèvres et celui du col interne de l'utérus étaient parfaitement sains, il n'y avait pas d'ulcération sur les parties enlevées; l'hémorrhagie qui avait précédé ne paraissait avoir été qu'une exsudation semblable à celle qui se fait dans les membranes muqueuses dans l'état sain. Enfin, la moitié gauche de la lèvre antérieure présentait la cicatrice de la tumeur enlevée trois ans auparavant. Cette cicatrice et ses attenances étaient parfaitement saines. L'opération dura près d'une demi-heure, pendant lequel temps l'opérée ne cessa de proférer des cris aigus, et de donner des signes de la plus vive douleur; contraste bien frappant entre cette opération et la précédente, où la malade ne témoigna aucune douleur pendant que l'ablation se fit. L'opération terminée, le vagin fut tamponné avec des bourdonnets de charpie, maintenus par un bandage

approprié, placé sur la vulve, afin de prévenir l'hémorrhagie, qui, quoique légère, pouvait devenir plus considérable.

A peine l'opérée fut-elle remise dans son lit qu'elle commença à éprouver une soif vive; elle ne cessait de demander à boire, et bientôt elle commença à vomir chaque boisson qu'elle prenait, après les avoir gardées un peu de temps. On chercha d'abord à calmer sa soif avec l'eau sucrée froide, à laquelle on ajoutait un peu d'eau de fleurs d'oranger. On fit ensuite une infusion de fleurs adoucissantes et antispasmodiques; tout fut également vomi. L'eau à la glace, avec et sans sucre, fut gardée beaucoup plus longtemps; mais elle ne put pas arrêter complètement le vomissement. Celui-ci résista aussi au bain entier, aux narcotiques, à la potion de Rivière, etc.; il ne cessa que quelques heures avant la mort. Après l'opération, le pouls devint très-accéléré; mais il resta souple et peu développé. La malade accusait une douleur assez forte lorsqu'on touchait l'hypogastre; elle n'en souffrait pas lorsqu'on cessait la pression. L'abdomen resta constamment souple, et aussi peu développé que dans l'état naturel. Il y avait peu de douleur à l'épigastre : mais elle se plaignit presque toujours d'un point douloureux à l'hypocondre droit. Il n'y eut jamais de signe de gastrite, ni de péritonite, ni même de métrite bien prononcée. Il y eut même quelquefois désir de prendre des alimens. Le tampon fut ôté le lendemain; il était fortement imprégné de sang; le caillot qui le surmontait était peu considérable. Sur la fin du quatrième jour, la malade parut s'affaiblir de plus en plus; les extrémités devinrent froides; le malaise parut augmenter à mesure que les vomissemens diminuaient. Enfin, le cinquième jour, à onze heures du matin, elle s'éteignit sans agonie.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après, offrit les phénomènes suivans : en pressant sur l'abdomen, on faisait exhaler par le vagin des gaz très-fétides, et donnant la même odeur que ceux qui s'exhalèrent de l'ouverture du péritoine L'abdomen était très-balloné, mais il ne l'était devenu que peu de temps avant la mort. Le ballonement appartenait tout entier aux intestins, qui étaient très-distendus par des gaz. Leur surface externe présentait çà-et-là quelques petites taches rouges injectées, sans ulcération; leur face interne parut saine. L'intérieur de l'estomac présentait quelques injections légères vers ses orifices, surtout vers le cardia; le reste était sain. Le péritoine nous parut sain, excepté vers l'endroit qui correspond à la vésicule biliaire, qui était noir dans une étendue d'environ deux pouces de diamètre, mais sans ulcération et sans être devenu plus lacérable. Il en était de même des endroits voisins de la matrice. La vessie, les reins, la rate, le foie et le pancréas, ne nous offrirent rien de remarquable. L'ovaire droit était du volume d'une grosse noix aplatie; il contenait dans son intérieur un liquide laiteux, puriforme. Le gauche était aussi un peu tu-

méfié. La partie du gros intestin qui traverse le bord supérieur du bassin et qui est voisine du fond de la matrice, était noire à l'extérieur; le péritoine et le tissu cellulaire qui l'environnaient paraissaient sphacélés. L'intérieur de l'intestin était sain. Il en était de même du rectum, qui était baigné d'un liquide séreux et puriforme assez abondant qu'on trouva dans le bassin. En écartant les grandes lèvres, on voyait la face interne du vagin noire et sphacélée; la partie qui correspond au canal de l'urètre paraissait plus noire que le reste, et endommagée par l'instrument tranchant sans être pourtant percée. La matrice fut enlevée avec ses annexes pour être visitée. L'opération paraissait avoir fait ablation du col entier et d'une partie du corps, surtout du côté gauche. La plaie offrait une étendue d'environ deux pouces transversalement. Cependant, la petite tumeur que j'ai dit être située à la commissure droite des lèvres, n'était emportée qu'en partie. La plaie était noire et comme sphacélée. Elle était raboteuse et inégale, comme si elle eût été faite avec une scie. Le corps de l'utérus n'était point augmenté de volume; sa membrane interne était rouge et injectée. La sortie des gaz fétides par le vagin, quand on comprimait l'abdomen, fait croire que ce canal avait été percé. Nous ne pûmes nous assurer au juste de l'étendue de la lésion qu'il pouvait avoir éprouvée. »

M. Laracine examine ensuite la convenance des deux opérations et celle des procédés suivis par l'opérateur; il pense qu'elles étaient indiquées par les accidens que causaient les excroissances, par la crainte de la dégénérescence cancéreuse. Mais le procédé opératoire, employé en dernier lieu, lui paraît susceptible de critiques, et avoir eu quelque part dans l'issue malheureuse de l'opération. Il blâme le chirurgien de n'avoir pas abaissé l'utérus, dont le col et le corps étaient sains et sans adhérences, et d'avoir opéré dans le vagin. On se demande pourquoi l'opérateur ne se contenta pas d'emporter les tumeurs, en ne coupant que la partie des lèvres à laquelle ces tumeurs étaient comme implantées, et en les emportant séparément. S'il voulait les emporter toutes d'une seule opération, ne devait-il pas respecter le tissu sain le plus possible? Pourquoi a-t-il porté l'instrument tranchant sur le corps de la matrice qui n'était pas malade? Enfin, M. Laracine avance qu'il eût été préférable de laisser l'organe à sa place naturelle, de dilater la vulve et le vagin, au moyen du *speculum uteri*, de saisir les tumeurs avec une pince à airine, et d'en faire l'ablation avec des ciseaux ou avec un couteau à ce destiné; ce qu'il a vu faire plusieurs fois avec la plus grande facilité et sans que les malades en aient paru éprouver de la douleur. De cette manière on n'eût intéressé que le col de l'utérus que l'on peut déchirer, inciser, sans qu'il en résulte une forte douleur et presque jamais d'accidens consécutifs, tandis qu'il en est tout autrement des lésions du corps de cet organe (*Bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris*, ann. 1832, N.os 7, 8, 9 et 10, p. 58.)

Obstétrique.

Accouchement difficile, position remarquable de l'enfant; *Obs. par Grove Berry.* — Le docteur Grove Berry fut appelé, le 2 avril, auprès de madame W., femme bien faite et bien constituée, d'un tempérament sanguin, à sa troisième grossesse. Les premières douleurs s'étaient fait sentir depuis douze heures; elles étaient encore faibles, éloignées. Quelques heures plus tard, le col de l'utérus se dilatait, pendant chaque douleur, de la largeur de la paume de la main, et une poche formée par des membranes fortement résistantes se présentait au toucher. On put s'assurer qu'une partie de quelque étendue se présentait, mais il fut impossible de déterminer si cette partie était dure et résistante comme le crâne, ou molle et charnue. On déchira les membranes avec peine, et alors même, pendant la contraction subséquente, on ne put atteindre assez haut pour reconnaître la partie. Les questions adressées à la femme ne procurèrent aucun éclaircissement; elle n'éprouvait aucune sensation qui lui fît penser que les choses se passaient autrement quo dans ses premières couches. Après une heure de promenades dans sa chambre, les contractions deviennent fréquentes et fortes; en touchant la femme, on trouva que l'épaule et la main avaient franchi le col utérin et s'étaient engagées dans le bassin. Le docteur Berry voulut introduire la main, mais il détermina immédiatement une contraction violente, qui dura, sans intervalle, plus de trente secondes. Après cette contraction la tête de l'enfant s'était retournée de manière que l'oreille droite était appliquée sur l'abdomen; mais pendant qu'on s'assurait de cette position, ces parties, ainsi disposées, s'engagèrent dans le détroit, l'épaule étant presque en contact avec le périnée. L'enfant était vivant alors, car on pouvait sentir les mouvemens de ses membres, ainsi que les battemens de son cœur et du cordon. Malgré les plus grands efforts que la prudence pût permettre, on ne put atteindre plus haut que l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, ni toucher le pied ou le genou. La main de l'accoucheur était si fatiguée, qu'il la retira dans le vagin, et se borna à empêcher l'enfant de descendre plus avant. Il y avait à peu près une demi-heure que la main avait été introduite. On se détermina à pratiquer une saignée, pour diminuer la violence des contractions. Lorsque le docteur B. se disposa à faire cette opération, il s'aperçut que la femme qui soutenait la malade en arrière, n'avait cessé de tirer fortement une serviette qu'elle avait passée autour de l'abdomen de celle-ci. Il est possible que cette circonstance ait influé sur la marche de l'accouchement; du moins le docteur B. pense-t-il que telle fut en grande partie la source des difficultés qu'il rencontra. — Le pouls était plein et fort, le visage rouge. Lorsqu'il eut coulé environ une livre et demie de sang du bras, les douleurs chan-

gèrent de caractère, et, à l'examen, on trouva que l'épaule et toutes les côtes de ce côté avaient franchi le petit bassin, et que l'on pourrait passer un doigt entre le périnée et le dos de l'enfant. On pouvait encore facilement remuer l'enfant, et chaque douleur le faisait rapidement avancer. On passa un lac sur son bras, et, peu de temps après la saignée les tractions opérées par le médecin, jointes aux contractions de la matrice, produisirent l'expulsion de l'enfant: jambes, pieds, cordon, placenta, tout à la fois, sans causer aucune déchirure du périnée. La tête conservait ses rapports avec le reste du corps qui ont été indiqués plus haut, mais son cœur et le cordon avaient cessé de battre.

D'après les calculs de cette femme elle était à son neuvième mois et deux jours de plus. L'enfant était vivant une demi-heure avant la délivrance, et pourtant sa tête et son abdomen étaient engagés ensemble dans le bassin. L'enfant n'était pas très-gros, et le bassin avait les dimensions requises. Les contractions avaient été extrêmement fortes; sans cette dernière circonstance, il est probable que l'accouchement n'aurait pu avoir lieu qu'après le démembrement de l'enfant ou l'évacuation du crâne. L'enfant était vivant quand l'épaule était sur le périnée, et par conséquent, lorsque la tête et l'abdomen avaient franchi ensemble le petit détroit. Est-il certain, quelqu'imposantes que soient les autorités qui sont contraires à cette opinion, que l'enfant, s'il avait continué de vivre, n'aurait pas pu naître dans cette position? (*Lond. med. Gaz.* 13 avril 1833.)

Académie royale de Médecine. (Maî).

Séance du 30 *avril* — INFLUENCE DE L'HYPERTROPHIE DU CŒUR SUR L'APOPLEXIE. — M. Rochoux, à l'occasion du procès-verbal, revient sur cette question, traitée dans la séance précédente: il pense qu'il n'y a pas, entre l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur et le développement de l'apoplexie, le rapport qu'on signale; que, d'après les observations, on ne voit pas l'hypertrophie du cœur coïncider plus fréquemment avec l'hémorrhagie cérébrale qu'avec certaines autres maladies; que cette hémorrhagie a constamment pour cause un ramollissement du tissu du cerveau. — M. Bouillaud objecte, à cette opinion de M. Rochoux, les faits qui montrent des ramollissemens encéphaliques sans hémorrhagies, de même que quelquefois des hémorrhagies sans ramollissement. L'apoplexie, suivant ce médecin, a le plus souvent pour cause la rupture des vaisseaux dans l'intérieur de la masse cérébrale, par suite de l'altération du tissu de ces vaisseaux, et sur-

tout lorsque le sang est poussé avec force par un cœur hypertrophié.

M. Davats lit un extrait d'un travail sur un *nouveau traitement des varices par l'oblitérations des veines*. Ce mémoire est inséré dans ce n°. des Archives.

Emphysème. — M. Maingault lit un rapport sur une observation remarquable d'emphysème communiquée à l'Académie. Le sujet en est un enfant de trois ans, sur le cou et les épaules duquel avait passé la roue d'une voiture assez pesamment chargée, d'où il était tombé. L'enfant, ayant été dégagé, s'écria aussitôt qu'il n'avait point de mal, et en effet, on n'aperçut aucune trace de contusion, mais un quart-heure après, un emphysème considérable se développa au cou, à la poitrine, puis à la tête, à l'abdomen et aux bras. Le cou était de niveau avec la tête. Des sangsues ayant été appliquées, des ouvertures qu'elles laissèrent en tombant, il s'échappa en sifflant un gaz assez fort pour éteindre les lumières qu'on approchait. A l'aide de cataplasmes résolutifs et des anti-phlogistiques, l'emphysème s'est dissipé. Au bout de huit jours la guérison était complète.

Conservation des sangsues. — M. Guibourt lit un rapport approbatif sur le moyen que propose le docteur Moreau, médecin dans le département de la Charente-Inférieure, pour conserver les sangsues. Ce moyen, qui consiste à les placer dans une terre grasse et humide, est déjà employé. Le rapporteur pense que l'invention peut en être rapporté à M. Lenoble, de Versailles. M. Moreau dit que ce procédé est pratiqué en Hongrie où l'on fait des sangsues un objet de commerce considérable.

Séance du 7 mai. — PRODUCTION DE L'APOPLEXIE. — M. Castel expose ses *idées* sur la formation de l'apoplexie. Cet honorable médecin pense que l'hémorrhagie cérébrale a lieu par suite d'un trouble quelconque dans la circulation du sang dans l'encéphale, favorisé soit par une tumeur qui gênerait le retour du sang veineux, soit par un état qui influe sur toute la circulation, comme la grossesse. Dans les cas où le cerveau a perdu de sa tonicité, conmme il arrive de 40 à 60 ans, la circulation capillaire n'ayant plus la même énergie, des engorgemens, des congestions se forment, les vaisseaux relachés se rompent, etc., etc. M. Breschet fait observer que l'hypertrophie du cœur, que M. Castel exclut du nombre des causes de l'apoplexie, a précisément pour objet de déterminer le trouble de circulation cérébrale auquel il attribue la production de l'hémorrhagie encéphalique, etc., etc. Nous ne nous étendons pas davantage sur cette discussion, non point *théorique*, comme on doit le dire de toutes celles qui ont les faits pour base, mais *spéculative*, c'est-à-dire, reposant sur des idées qu'on se forme.

Affection cérébrale. — M. Ferrus communique l'observation d'un aliéné de Bicêtre, qui étant devenu peu à peu paralytique, a perdu la mémoire, et est mort dans un état d'hémiplégie complète. A l'ou-

verture du corps on a trouvé dans un des corps striés des traces d'un ancien épanchement, et de plus sur la pie-mère un grand nombre d'hydatides adhérentes à cette membrane.

De la somacétique dans ses rapports avec l'orthopédie. — M. Bricheteau lit en son nom et en ceux de MM. Double, Dubois, Husson et Itard, un rapport sur un mémoire de M. Pravaz qui a ce titre. Après quelques considérations sur la gymnastique et sur ses applications, le rapporteur continue ainsi : « M. Pravaz pose d'abord en principe dans son mémoire, que le développement progressif du corps humain est sous l'influence d'une puissance régulatrice qu'il appelle *orthomorphe*, et qui se coordonne avec un type primitif, lui-même en harmonie avec l'exercice le plus parfait des fonctions de la vie; mais qu'il y a malheureusement une foule d'exceptions à cette loi générale des êtres vivans. Telles sont, par exemple, les défectuosités organiques de naissance qui nous semblent des caprices de la nature, et dont il faut souvent chercher la cause dans la désorganisation des centres nerveux. D'autres causes encore peuvent produire ce que l'autour appelle des *malformations* de l'économie humaine, et parmi celles-ci, il signale la station bipède avec l'étroitesse de sa base de sustentation et l'élévation considérable de son centre de gravité au-dessus du sol, dont il doit résulter un équilibre difficile à conserver. La station dans l'homme est effectivement, comme le dit M. Pravaz dans une sorte de proposition de physiologie mathématique, la solution du problème de mécanique le plus compliqué que nous connaissions. Or, si quelques-unes des conditions de ce problème varient, il est de toute nécessité que les autres éprouvent des changemens correspondans. Ainsi, l'énergie de certaines puissances ne peut subir un affaiblissement notable sans que d'autres se trouvent dans des rapports anormaux pour les suppléer, et que les leviers solides auxquels elles s'attachent, agissent d'une manière insolite; de là des déviations de la forme normale du corps, que l'on ne rapporte pas toujours à leur véritable origine. L'auteur ajoute, comme une conséquence de ce qui précède, qu'en comprenant mal le rôle que les lois de statique animale jouent dans la production d'un grand nombre de difformités, on a en quelque sorte admis implicitement que le corps humain, dans ses fonctions locomotrices, peut se soustraire aux lois de la physique générale, erreur qui a privé la science d'explications techniques, et a exercé une influence nuisible sur le choix des moyens de traitement. M. Pravaz a développé dans un autre mémoire comment, en se fondant sur une interprétation plus exacte et plus rigoureuse des fonctions locomotrices, il avait été conduit à instituer une nouvelle méthode curative, dont il a déjà été parlé; il rappelle dans celui-ci que le professeur Delpech avait pareillement adopté cette méthode, et qu'il en a fait l'éloge en termes non équivoques. »

L'auteur distingue la gymnastique appliquée à l'orthopédie en *générale* et en *spéciale*; dans son opinion, c'est pour avoir omis de faire cette distinction qu'on a paru fondé en raison en disant que des exercices étaient plus nuisibles qu'utiles dans le traitement des déviations de *l'épine dorsale*. Effectivement; on conçoit très-bien qu'en exerçant d'une manière simultanée des muscles qui ne sont plus en harmonie d'action, on ne fera qu'accroître la difformité des os entraînés dans une direction vicieuse; tandis qu'à l'aide d'un exercice partiel, on parviendra à corriger l'action viciée d'un appareil musculaire, en condamnant à l'inaction l'appareil congénère; quand, au contraire, une déviation légère a eu lieu sans apporter de changement notable dans la disposition symétrique des organes du mouvement, il ne peut qu'être avantageux d'exercer simultanément tous les agens de locomotion, parce que le plus ordinairement tous ont besoin d'être fortifiés et régularisés, ou également ramenés à leur type normal de contraction. M. Pravaz remarque très-bien que, dans les déformations latérales de la poitrine, il ne saurait exister de synergie entre les muscles homologues de cette cavité, attendu que ceux de la convexité de chaque courbe attachés sous des angles inégaux, ayant dû s'alonger et s'amincir, ne peuvent plus être dans le même rapport d'action avec leurs congénères de la concavité; une pareille discordance dans les organes moteurs du thorax rend presque impossible l'état stationnaire des déviations de l'épine; aussi s'aggravent-elles chaque jour et finissent-elles trop souvent, au déclin de l'âge, par entraver les fonctions des organes thoraciques, si importantes à la conservation de la vie.

Ici, deux écueils surgissent sous les pas de l'homme de l'art qui veut redresser la nature déviée de son type normal : d'une part, il ne peut se résoudre à confier exclusivement à des machines mortes la restauration d'une machine vivante, condamnée à péricliter dans son principe dynamique, si l'on suspend son action locomotrice; de l'autre, il ne doit pas se dissimuler que plus il la fait fonctionner avec ses vicieuses dispositions, plus il tend à l'éloigner de son type primitif. La grande difficulté est donc ici de conseiller deux indications qui paraissent s'exclure mutuellement. L'auteur de ce mémoire, guidé par les essais d'un médecin anglais (Shaw), avait déjà vaincu cette difficulté par la composition de ses appareils, où l'action extensive n'exclut point le concours d'un exercice salutaire; mais cela ne suffisait pas; il fallait donner à l'action musculaire une plus grande variété. C'est vers ce but qu'ont dû tendre tous les efforts de M. Pravaz : il croit l'avoir atteint en employant les exercices somacétiques, qui ne laissent point la colonne vertébrale chargée du poids des organes. L'indication à remplir dans cette circonstance se trouve techniquement formulée dans ce mémoire de la manière suivante : *Rapprocher*

autant que possible les parties solides qui servent d'attaches aux muscles symétriques, de leur disposition normale, afin que ceux-ci, s'exerçant ensuite dans des conditions à-peu-près semblables, tendent incessamment vers cet antagonisme parfait qui, par une action réciproque, peut seul maintenir la régularité des formes.

Les exercices proposés par l'auteur n'exigent pas, comme le saut, la lutte, l'escrime, etc., les leçons d'un maître habile, mais sont choisis parmi les plus simples de la gymnastique ; tels sont l'action de gravir le long d'un cable flottant, de monter en arrière à une échelle de corde, de cheminer le long de deux cables tendus parallèlement, en se suspendant par les mains, etc. ; à ces exercices, il faut ajouter la natation, à laquelle des hommes éminens, tels que Portal et Delpech, ont accordé des avantages spéciaux dans le traitement des déviations de la colonne vertébrale, et dont M. Pravaz fait ressortir l'utilité, en exposant que dans l'action de nager, le corps de l'homme, qui a perdu sa forme symétrique par suite d'une déviation latérale, ne peut, suivant les lois de l'hydrostatique, se maintenir en équilibre dans l'eau sur la face antérieure, sans que les membres supérieur et inférieur, qui correspondent diagonalement à la concavité de chaque courbure spinale, n'accroissent l'énergie de leurs contractions, et n'aient pour résultat de redresser l'épine et de rétablir la symétrie de la cavité thoracique. A cette occasion, il fait observer avec raison que l'instabilité de température dans le climat de Paris empêche souvent d'employer cet exercice salutaire, remarque qui a rappelé à mon souvenir l'établissement des bains chauds dans un grand bassin à couvert, construit à la pompe à feu du Gros-Caillou et dans lequel j'ai vu, il y a une dixaine d'années, des pensions de garçons aller, pendant le printemps, s'exercer à la natation.

Pour suppléer aux avantages de la natation, qui n'est praticable que bien peu de temps dans l'année, l'auteur a imaginé plusieurs espèces d'exercices gymnastiques : l'un d'eux n'est autre chose que le char modifié à deux divisions, roulant sur un plan incliné et dont la description a été donnée dans le premier mémoire qui vous a été présenté. Dans cet exercice, le sujet placé sur la face antérieure du corps, saisit avec les mains les deux rampes latérales pour imprimer à son corps un mouvement d'ascension le long du plan incliné, et descend ensuite, en s'abandonnant à l'action de la pesanteur, modérée par un contre-poids agissant à l'extrémité du levier. On croirait d'abord que les muscles seuls du bras doivent être soumis à des efforts plus ou moins considérables, mais on s'apperçoit bientôt que la nécessité de leur fournir un appui appelle la synergie de tous ceux qui unissent l'omoplate à l'épine. Le sujet, en s'approchant du point culminant, dans chaque mouvement d'ascension, est obligé, pour donner à la flexion des bras toute son étendue, de relever le tronc sur le bassin ;

il résulte de là des contractions énergiques de tous les faisceaux dorso-lombaires, etc. Un autre exercice consiste dans la balançoire déjà proposée par M. Clerc dans son mémoire sur la gymnastique, dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir l'année dernière, et dont M. Pravaz réclame la priorité pour en avoir donné la description dans l'année 1825. Nul exercice ne nous parait autant que celui-ci se rapprocher de la natation par ses effets sur l'économie animale, nul aussi n'imprime aux organes musculaires des mouvemens plus comparables à ceux que met en jeu dans un milieu liquide le corps de l'homme qui n'y peut rester en suspension sans des efforts continus et réitérés.

Pour mettre à profit le mouvement de circumduction des bras, particulièrement de celui qui répond à l'épaule la moins élevée dans les cas de difformité, moyen préconisé par M. le professeur Boyer contre les courbures accidentelles de la colonne vertébrale, l'auteur s'est efforcé de soustraire l'épine à l'influence de la gravité des viscères thoraciques, qu'on remarque dans la manière d'être du sujet qui tourne la manivelle d'une meule, comme le conseille le célèbre chirurgien que nous venons de nommer; il propose donc à cette effet un appareil sur lequel le malade, étendu dans une position inclinée à l'horizon, exerce des mouvemens de circumduction de l'un ou l'autre bras, sans que le poids des viscères thoraciques, supporté par la machine, surcharge en rien la colonne vertébrale, et s'élève ainsi à l'aide d'une manivelle à engrenages le long de deux câbles parallèles. Cet exercice gymnastique est un de ceux qui font le plus d'honneur à l'esprit d'invention et de perfectionnement de M. Pravaz.

Un jeu qui a beaucoup d'attrait pour la jeunesse, et dont on peut tirer également un bon parti dans les déviations latérales, est celui de la balançoire ordinaire; au lieu de placer les sujets à cheval vers chacune des extrémités de la traverse, on les fait tenir debout; et ils s'y maintiennent par deux cordes fixées au plafond et garnies de poignées. L'un de ces appuis flottans, celui qui répond à l'épaule déprimée, peut être placé un plus haut que l'autre, afin que la suspension du corps, à chaque descente de l'axe oscillant, se fasse spécialement à l'aide du bras correspondant, et opère ainsi l'extension de la double courbure latérale du rachis, etc., mécanisme qu'il suffit d'indiquer brièvement pour en faire pressentir tous les avantages dans le cas dont il s'agit (1).

(1) Parmi les moyens secondaires imaginés par M. Pravaz pour perfectionner le traitement de la colonne vertébrale, nous devons mentionner aussi un petit appareil pour exercer des pressions latérales sur les courbures, et un instrument pour en mesurer l'étendue et en déterminer la situation et le degré d'éloignement de l'axe.

Nous ne pousserons pas plus loin l'analyse des différens appareils proposés par l'auteur, et nous terminerons cette partie de notre rapport en transcrivant la proposition finale qu'il considère comme une déduction de toutes les idées générales émises dans son mémoire : « Choisir entre les exercices musculaires ceux qui soulagent l'épine de la plus grande partie du poids des organes, et s'exécutent dans des conditions où cet axe dévié se trouve rapproché de sa direction naturelle. »

En émettant cette proposition générale et d'autres idées qui s'en éloignent plus ou moins, M. Pravaz ne s'est pas dissimulé que, quelque rationnels que puissent être les préceptes de notre art, un esprit philosophe ne les accepte définitivement que lorsqu'ils ont été sanctionnés par l'expérience. Eh bien! cette sanction résulte naturellement des succès qu'il a obtenus depuis que ses premiers efforts pour perfectionner l'orthopédie ont reçu votre approbation. Ces succès lui ont paru assez décisifs et assez multipliés pour qu'il ait cru pouvoir formuler les trois indications thérapeutiques suivantes.

« 1.° Modifier profondément la constitution générale des sujets; 2.° ramener les parties du système osseux à leur disposition normale par l'emploi temporaire et gradué d'une force prise hors de l'organisme; 3.° les maintenir dans cet état par le développement régulier et la corroboration du système musculaire. »

La justesse d'esprit, dont l'auteur a donné des preuves, la bonne foi et la probité scientifique que votre commission a cru reconnaître chez ce médecin distingué, font naturellement présumer que le temps ne fera que confirmer ses assertions théoriques et pratiques.

Avant de poser les conclusions de ce rapport, nous appellerons encore l'attention de l'Académie sur quelques autres points du mémoire de M. Pravaz, qui nous ont paru dignes d'être mentionnés. Il s'élève, par exemple, contre l'opinion de ceux qui ont écrit que la menstruation s'établissait avec facilité pendant le temps que les malades étaient soumis à l'extension sur des appareils immobiles. Selon l'auteur, loin que le flux menstruel s'établisse pendant la durée du du traitement, presque toujours il se supprime, et cette particularité se présente si souvent à son observation, qu'il n'oublie jamais d'en prévenir les parens; elle a été constatée par l'un des commissaires, M. Itard, dans l'Institution des Sourds-et-Muets, chez une jeune fille à laquelle M. Pravaz donnait des soins pour une déviation latérale l'épine. On aurait peine à se rendre compte, dit-il, d'un fait aussi remarquable, si un autre phénomène concomittant ne venait en fournir l'explication; je veux parler du développement considérable que prend le système musculaire par le surcroît d'action qui lui est imposé; il faut, pour y suffire, qu'une sorte de déviation du flux menstruel se fasse au profit de la nutrition, etc. Le fait, rapporté par

M. Gaultier de Claubry, d'une paysanne dont le système musculaire prit un développement considérable à la suite de la suppression de ses règles; l'expérience de feu Delpech, citée par l'auteur, viennent à l'appui de son opinion, d'ailleurs fondée sur une considération toute physiologique. Il importe d'ajouter, d'ailleurs, qu'aucun accident ne résulte de cette suppression momentanée, ainsi que l'atteste le chirurgien de Montpellier.

L'influence dérivative de l'exercice musculaire chez les sujets lymphatiques d'un tempérament nerveux est, dans le Mémoire qui nous occupe, l'objet de réflexions importantes, surtout lorsqu'il est considéré comme un moyen de préserver d'accidens et d'habitudes dangereuses, auxquelles l'immobilité et l'oisiveté sur des appareils extensifs peut donner un accroissement d'activité. On peut donc dire en général, avec l'auteur, que la somacétique, en concentrant sur le système locomoteur une grande partie des forces de l'organisme, est seule capable de parer à un si grand inconvénient. Pratiquée avec assiduité et d'une manière convenable, elle semble plonger pour un temps dans une sorte d'assoupissement les organes de la vie de relation, au grand avantage de ceux de la vie végétative. Le professeur Clias, connu par ses travaux sur la gymnastique, rapporte qu'introduite dans un vaste établissement d'éducation publique, elle y détruisit en peu de temps la funeste habitude de l'onanisme, qui n'avait pu être réprimée par aucun moyen de surveillance. L'influence des exercices sur les personnes qui sont affligées de maladies scrofuleuses, n'est pas moins digne d'intérêt. Des remarques faites aux Sourds-et-Muets, par M. Itard, depuis l'introduction de la gymnastique dans cet établissement, et un fait communiqué à l'auteur de ce mémoire par M. le docteur Treille, tendent du moins à le démontrer. Un sapeur-pompier d'une constitution éminemment lymphatique, auquel M. Dupuytren avait été obligé d'extirper une tumeur scrofuleuse, ayant fréquenté pendant quelque temps le gymnase de M. Amoros, prit un goût très-vif pour les exercices assez violens que l'on y exécute, et finit par y être employé comme *moniteur*. Sous l'influence de ce nouveau genre d'occupation, un changement profond s'opéra bientôt dans sa constitution; tous les tissus, d'abord mollasses et abreuvés de fluides blancs, devinrent fermes et secs; les muscles prirent un grand développement, tandis que le système nerveux sembla perdre une grande partie de son excitabilité, car cet homme, très-enclin auparavant aux plaisirs de l'amour, n'éprouvait plus que rarement le désir de s'y livrer. Ce serait sans doute un sujet bien fécond de recherches et de considérations d'hygiène et de médecine pratique, que les effets variés des exercices gymnastiques sur l'économie animale. M. Pravaz a déjà traité cette matière, avec le talent qui le caractérise, dans deux articles de la *Gazette médicale*,

et votre rapporteur, livré depuis longues années à l'étude approfondie de l'hygiène, aimerait à consigner ici quelques idées, fruit de son expérience et de ses méditations, s'il n'était temps de clore ce rapport déjà trop long.

Votre commission, Messieurs, ne s'est pas contentée d'examiner avec soin le mémoire de M. Pravaz; plusieurs de ses membres se sont transportés dans son établissement, où ils ont vu fonctionner la plupart des appareils imaginés par ce médecin. Cette visite leur a fourni la preuve des efforts éclairés qu'il fait depuis plusieurs années pour le perfectionnement de la somacétique médicale, et pour faire en quelque sorte pénétrer dans l'orthopédie les lumières de la physiologie, de l'hygiène et de la mécanique. En résumé, vos commissaires pensent que cet établissement, pour lequel aucun sacrifice n'a été épargné et qui est fondé sur une base large et des préceptes éclairés, mérite à juste titre la confiance des familles. Ils n'hésitent donc pas à vous proposer d'accorder, comme vous l'avez déjà fait dans une occasion toute semblable une entière approbation aux principes qui sont émis dans le mémoire de M. Pravaz, et aux appareils de gymnastique médicale qu'il a inventés, perfectionnés et fait exécuter dans son établissement.

— M. Capuron fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Bourjot-Saint-Hilaire, relatif à un monstre *anencéphale*.

Séance du 14 mai. — Instrumens pour la résection des amygdales et la ligature des artères. — M. Jules Cloquet présente deux instrumens; l'un, destiné à la résection des amygdales, se compose de deux branches qui se croisent et portent à leur extrémité charnue une lame concave en formes de ciseaux : l'amygdale est saisie aves des airignes de Museux et coupée d'un seul trait par le rapprochement des branches de l'intrument sans que les parties voisines puissent être lésées, le tranchant ne portant que sur l'amygdale qu'il embrasse, et le dos qui correspond au voile ou aux piliers du palais, étant mousse. Le second instrument est un porte-nœud pour la ligature des artères; il se compose d'une pince à ligature ordinaire, sur laquelle sont adaptés deux petits crochets mobiles d'avant en arrière sur une charnière, et offrant entr'eux un écartement d'un quart de pouce environ. On forme un nœud ouvert avec le fil destiné à la ligature; chacune des deux extrémités du fil est placée dans un des crochets porte-ligature. Le nœud lui-même est posé sur l'extrémité de la pince. L'appareil ainsi préparé, le chirurgien le conduit sur l'artère qu'il saisit avec la pince, et faisant ensuite mouvoir les crochets, il porte le nœud au-delà de la pince, le serre et lie ainsi l'artère avec la plus grande facilité. Cet instrument offre des avantages dans le cas où une artère est assez profondément située pour qu'il soit difficile de la lier, ou dans les cas urgens où le chirurgien doit opérer sans aides.

M. Capuron lit un mémoire dans lequel il attaque le travail que M. Breschet a fait insérer dans les fascicules de l'Académie, et qui a pour titre : *Etudes anat. pathol. et physiol. de l'œuf dans l'espèce humaine*. M. Breschet répondra dans une des prochaines séances.

Exstrophie de la vessie. — M. Velpeau lit en son nom et en celui de M. Breschet un rapport sur un cas d'exstrophie congénitale de la vessie communiqué à l'Académie, et à ce sujet examine les diverses théories proposées sur la formation de cette anomalie. Il critique vivement celle qui l'attribue à un arrêt de développement. C'est suivant lui se payer d'un mot. Il croit qu'il serait plus exact de voir dans ce vice de conformation l'effet d'une altération pathologique survenue pendant la vie embryonaire. M. Breschet soutient que l'exstrophie de la vessie est due à un arrêt de développement; que rien n'est mieux prouvé que ce fait par la disposition en gouttière et non en canal, qu'offrent l'abdomen et l'intestin chez l'embryon dans le premier âge. M. Velpeau nie cette disposition, et est appuyé par M. Moreau.

Calculs de la vessie. — M. Sanson présente la vessie d'un homme qu'il a opéré de la pierre et qui a succombé. M. Sanson communiquera l'observation de cette opération. La vessie volumineuse présente de chaque côté une ouverture de la grosseur d'un tuyau de plume, qui communique dans deux poches, dont l'une contenait sept calculs.

Corps étrangers du larynx. — M. Bérard (Auguste) présente un enfant de 6 ou 7 ans auquel il a pratiqué la trachéotomie pour extraire une bille de huit lignes de diamètre. Cet enfant s'amusait à recevoir cette bille dans la bouche, après l'avoir lancée. Le corps étranger s'introduisit dans le larynx et occasionna des accidens de suffocation qui nécessitèrent la trachéotomie. Aussitôt que l'ouverture fut faite, la bille fut lancée avec force. L'enfant est parfaitement guéri.

Le même chirurgien présente un calcul vésical dont une partie s'est broyée sous l'effort de la tenette, et dont l'autre, d'après sa forme, son immobilité dans la vessie et les efforts qu'elle a nécessités pour l'extraction, était probablement engagée dans un des uretères.

M. Maingault lit l'extrait d'un travail qu'il va publier sur la maladie catarrhale régnante.

Séance du 21. — M. Pelletier lit au nom d'une commission un travail sur la présence de l'arsénic dans le verre. Ce travail a été composé à l'occasion de questions adressées par M. Ozanam, médecin de Lyon. Ce médecin fut appelé, avec un de ses confrères de la même ville, pour procéder à l'examen du cadavre d'un individu mort depuis plusieurs années et présumé empoisonné. On reconnut la présence de l'arsénic. Mais depuis, ce médecin rétracta son premier jugement et pensa que l'arsénic qu'on avait trouvé provenait des tubes de verre dont on s'était servi et qui avait été ramené à l'état métallique par l'action des

réactifs. M. Pelletier conclut des expériences auxquelles il s'est livré : 1.° Que le verre blanc, en France, ne contient pas d'arsénic, ou n'en contient que fort rarement et en petite quantité ; 2.° Que les tubes de verre dans la fabrication desquels entrent 1/600, ou même 1/500.e d'oxyde d'arsénic, n'en fournissent aucune trace, ni par le chauffage, ni par les réactifs ; 3.° Qu'on n'a pas trouvé d'arsenic dans les verre envoyés par M. Ozanam comme verres de Bohême ; 4.° que la commission n'a pas pu se procurer du verre à vitre de Bohême, parce qu'ils sont probibés, et que d'ailleurs leur prix serait supérieur à celui de France ; 5.° Que l'arsenic, employé quelquefois en très-petite quantité, se volatilise par la chaleur, et que les verres n'en contiennent pas ; 6.° Que lorsqu'on a trouvé de l'arsenic dans les verres, c'est qu'ils n'avaient pas été chauffés à une assez haute température. Quant à la question des réactifs, leur action est nulle quand les verres sont blancs et parfaitement transparens ; il n'y a pas alors d'arsenic. M. Pelletier, sur la demande de la commission, s'est livré ensuite à d'autres expérienees. Il a tâché de fabriquer des verres arséniqués en forçant la dose de l'arséniate de soude ; le verre était alors verdâtre, et en partie transparent, en partie opaque. Puis il a fait fondre ce verre, et au moyen des réactifs n'a pu obtenir que des traces impondérables d'arsenic. Ainsi : 1.° Il est difficile d'obtenir des verres arséniqués ; 2.° Ces verres n'ont pas une transparence parfaite ; 3.° Alors, même on ne trouve pas de traces d'arsénic suffisantes pour rendre compte des moindres accidens ; 4.° Il est impossible qu'il y ait erreur dans un empoisonnement présumé, lorsqu'on a employé les précautions convenables. Par cela seul que les verres sont transparens, ils ne contiennent pas d'arsenic, et ne peuvent donner lieu à de fausses inductions. — Ce rapport est adopté, et, sur la proposition de M. Husson, renvoyé au comité de publication.

M. Larrey lit un rapport sur une observation communiquée par M. Bedor, médecin à Troyes, relative à un homme qui s'est tiré deux coups de pistolet dans la bouche et a été promptement guéri de sa blessure. Le rapporteur cite des faits du même genre.

Académie royale des Sciences.

Séance du 6 mai. — Galvanisme médical. — M. Fabré-Palaprat lit un second mémoire sur le galvanisme appliqué à la médecine, et principalement sur les moyens de faire parvenir en une région déterminée du corps des substances médicamenteuses, au moyen du courant galvanique. Pour démontrer la possibilité de cette introduction, M. Fabré-Palaprat a pensé qu'il était indispensable que la substance

employée dans l'expérience ne fût pas de celles qui se trouvent habituellement dans le corps de l'homme et encore à la surface de sa peau, et que cette substance devrait en outre être telle qu'on en pût aisément, à l'aide de certains réactifs, rendre la présence bien manifeste. L'hydriodate de potasse lui ayant paru réunir toutes les conditions nécessaires, il a placé sur un de ses bras une compresse imbibée d'une solution de cet hydriodate dans de l'eau distillée, puis il a mis en communication avec l'autre bras de la solution d'amidon. Dès que le sel et l'amidon, dit l'auteur, ont été soumis à l'action d'une pile, l'amidon a pris une teinte violette; donc le sel a été décomposé : l'iode a été porté sur le courant galvanique à la surface opposée du corps où se trouvait l'amidon, et il s'est déposé sur ce même amidon. M. Fabré-Palaprat regarde comme certain que, dans ce cas, l'iode ne suit point la surface de la peau, mais qu'il traverse le corps, conducteur humide qui fait partie de l'arc galvanique. Il appuie son opinion sur des expériences dans lesquelles il avait pris soin, au préalable, non seulement d'essuyer scrupuleusement la peau, mais même de recouvrir une partie des bras d'une zone de vernis de gomme laque qu'il avait séchée au feu. L'auteur donne ensuite le détail d'autres expériences dont les résultats l'ont porté à admettre qu'on peut à volonté faire rester dans le corps la substance transportée par le courant galvanique, ou faire qu'elle en sorte après l'avoir traversée. Dans ce cas où on voudrait remplir la première indication, l'auteur pense qu'on y parviendra en combinant les procédés de galvanisation avec ceux de l'acupuncture. Il annonce avoir obtenu ainsi la guérison de plusieurs affections qui avaient résisté à tous les autres modes de traitement, notamment d'un énorme sarcocèle et d'une fièvre quarte. Dans le premier cas c'était l'iode qu'il avait fait pénétrer dans la tumeur par le courant galvanique; dans le second, c'était la quinine qu'il avait introduite dans le corps au moyen du même agent. — Le mémoire de M. Fabré-Palaprat est renvoyé à l'examen de MM. Magendie, Becquerel et Savart, commissaires déjà désignés pour la première partie de ce travail.

Séance du 13. — M. Becquerel donne communication d'une lettre qui lui est adressée par M. Biot, et dans laquelle cet honorable académicien expose quelques-uns des résultats auxquels il est arrivé en poursuivant ses recherches sur les transformations opérées sous l'influence de l'action vitale dans les produits organisés qui servent à la nutrition des jeunes plantes.

— M. Dumas fait en son nom et celui de M. Chevreul, un rapport sur un mémoire de M. Quérin-Varry, relatif à un acide désigné jusqu'ici sous le nom impropre d'acide malique artificiel, et que l'auteur a dénommé d'après quelques-unes de ses propriétés, acide oxalhydrique, entendant exprimer par là que cet acide peut se représenter

par de l'acide oxalique et de l'hydrogène. Le rapporteur critique ces sortes de noms qui doivent changer avec la rectification des faits qui les ont fait admettre, et voudrait qu'on se servît de noms insignifians, qui pourraient alors ne pas varier.

Traitement des névralgies faciales par des cataplasmes de pulpe de racine de belladone. — M. Deleau jeune lit un mémoire sur ce sujet. L'auteur pense qu'on n'a pas apporté assez de persévérance dans l'usage des narcotiques locaux, médicamens qui sont autant que possible les spécifiques des douleurs nerveuses sans lésions apparentes de tissu. Il se plaint aussi du peu de recherches que l'on a faites sur le terme de l'emploi de cette classe de remèdes, et sur l'efficacité de leurs modes de préparation. L'usage de la belladone et son mode d'administration lui furent suggérés par la facilité de s'en procurer les racines dans toutes les saisons, et par le peu de frais qu'exige son usage en pulpe obtenue par l'ébullition. Appliquée en cataplasme à nu sur l'épiderme, vis-à-vis le lieu souffrant, jusqu'au début d'un commencement de *strychnomanie*, elle a rarement manqué de produire l'effet désiré par le praticien. « Nous n'ignorons pas, dit M. Deleau, que d'autres médecins ont préconisé cette plante dans les névroses ; nous savons aussi l'usage fréquent que l'on fait de ses diverses parties en poudres, en pilules, en extraits, mais nous ne connaissons aucun auteur qui ait employé avec persévérance sa racine en cataplasmes ; qui ait obtenu la guérison de presque toutes les névralgies faciales, et surtout qui ait déterminé le mode des applications topiques par leur action sur l'organe encéphalique. »

Séance du 27. — De nouvelles communications sont faites de la part de M. Biot, relativement à ses recherches sur la végétation.

Recherches sur le sang humain. — M. Chevreul lit en son nom et en celui de M. Robiquet, un rapport sur un mémoire de M. Félix Boudet, ayant pour titre : *Nouvelles recherches sur la composition du sérum du sang humain.* Ces recherches ont pour but de démontrer que l'alcohol bouillant enlève au sérum du sang évaporé à sec et préalablement épuisé par l'eau bouillante, 1.° un principe immédiat particulier que l'auteur appelle *séroline* ; 2.° de la *cholestérine* ; 3.° un *savon* soluble dans l'eau, très-probablement formé par du margarate et de l'oléate de soude ; 4.° de la *matière grasse du cerveau*. La *séroline* se dépose par le refroidissement de l'alcohol bouillant avec lequel on a traité le sérum. La liqueur filtrée après le refroidissement et évaporée, laisse un résidu qui a la consistance de la térébenthine. En y appliquant l'alcohol froid à 36°, on sépare de la *matière grasse du cerveau*, et l'on dissout une matière que M. Lecanu a considérée comme une huile; mais les recherches de M. Boudet prouvent qu'elle est formée de plusieurs corps distincts. En effet, là liqueur où elle est dissoute, abandonnée à elle-même, dépose des cristaux de *cholestérine*

et retient le *savon de soude* dont nous avons parlé, avec un peu de graisse cérébrale. La séroline est blanche, légèrement nacrée, en filamens qui, vus au microscope, présentent des globules ou des renflemens globuleux; elle n'a pas d'action sur les réactifs colorés. Elle se fond en une huile incolore, à la température de 36°. Elle diffère des stéarines et de l'oléine, en ce qu'elle n'est pas saponifiable, ou, ce qui revient au même, en ce qu'elle n'est pas susceptible de se changer en acide sous l'influence des alcalis, etc.

Variations des formes chez certains crustacés par les progrès de l'age. — M. Milne Edwards lit un mémoire sur ce sujet, qui offre un grand intérêt pour la physiologie générale aussi bien que pour l'histoire naturelle de ces animaux. Quelques crustacés présentent une particularité de structure singulièrement favorable à ce genre de recherches. Ils portent sous le thorax une espèce de poche dans laquelle les œufs éclosent et dans laquelle aussi les petits demeurent jusqu'à ce qu'ils aient subi leur première mue, et que leur squelette tégumentaire soit devenu assez solide pour les protéger contre les violences extérieures. On trouve souvent dans ces poches, que l'on peut comparer à la bourse des mammifères marsupiaux, des centaines de petits crustacés entassés les uns sur les autres, et il devient alors facile de les comparer avec l'animal même dont ils proviennent. Aussi est-ce principalement sur ces crustacés ou sur ceux qui naissent d'une manière analogue, que l'auteur a fait les observations consignées dans ce mémoire.

Il a constaté que, sous le rapport de la persistance des formes, il règne parmi les crustacés la plus grande diversité. Les uns naissent avec la forme qu'ils doivent conserver, et ressemblent exactement, sauf le volume, à ce qu'ils seront à l'état adulte, tandis que d'autres diffèrent si complètement de leurs parens, qu'à moins de connaître leur origine, on les croirait appartenir à une toute autre race; et les modifications qu'ils éprouvent portent tantôt sur une partie du corps, tantôt sur une autre.

Ces espèces de métamorphoses paraissent, au premier abord, ne dépendre d'aucune tendance constante de l'organisme, mais en les étudiant avec attention l'auteur est parvenu à les classer de manière à satisfaire l'esprit et à montrer qu'elles se rapportent toutes à un petit nombre de principes régulateurs, principes qui se révèlent aussi dans les changemens que l'embryon de ces animaux éprouve dans l'intérieur de l'œuf.

Ces modifications sont de deux ordres; les unes consistent dans l'apparition de parties nouvelles, telles que des pattes; les autres dans certains changemens de forme subis par des parties déjà existantes au moment de la naissance. M. Milne-Edwards montre que les premières ne sont que la suite de ce qui a toujours lieu dans l'intérieur de l'œuf,

et que par conséquent elles ne sont des anomalies qu'à raison de l'époque tardive à laquelle elles s'effectuent ; ces métamorphoses ne dépendent que d'un simple retard dans le développement, et les crustacés qui les présentent peuvent être considérés comme étant en quelque sorte nés avant terme. Les changemens de forme qui appartiennent à la seconde de ces catégories, se montrent chez un bien plus grand nombre de crustacés, et sont bien plus variés ; mais quelles que soient leur nature et leur importance, ils tendent toujours vers un même but, et ont pour caractère commun d'éloigner de plus en plus le jeune animal du type normal du groupe naturel dont il fait partie, en un mot à *l'individualiser* de plus en plus. Cela est si vrai, qu'au moment de la naissance, certains crustacés appartenant à des genres différens se ressemblent au point qu'on les prendrait pour de simples variétés d'une même espèce, et les changemens qu'ils éprouvent en grandissant portent tous sur les parties qui, à l'âge adulte, présentent les formes les plus anomales. Les espèces qui, à l'état parfait, se rapprochent le plus du type normal du groupe auquel ils appartiennent, sont aussi celles qui changent le moins par les progrès de l'âge, tandis que celles qui subissent après la naissance les modifications les plus considérables, sont celles qui présentent les formes les plus bizarres.

VARIÉTÉS.

Sur une classe particulière de mouvemens musculaires.

Nous avons cru devoir extraire d'un de nos recueils littéraires les plus estimés, la *Revue des deux mondes*, un article très-remarquable de M. Chevreul, sur un genre particulier de mouvemens musculaires. L'analyse pleine de sagacité que l'auteur a faite des phénomènes qui en sont l'objet, ses vues ingénieuses, les conséquences qu'il tire des résultats de son examen, ne sont pas seulement d'un grand intérêt physiologique. On y trouvera une heureuse application des principes de la bonne philosophie, de la philosophie expérimentale. L'article est sous forme de lettre adressée à M. Ampère.

« Vous me demandez une description des expériences que je fis en 1812, pour savoir s'il est vrai, comme plusieurs personnes me l'avaient assuré, *qu'un pendule formé d'un corps lourd et d'un fil flexible oscille, lorsqu'on le tient à la main au-dessus de certains corps, quoique le bras soit immobile.* Vous pensez que ces expériences ont quelque importance ; en me rendant aux raisons que vous m'avez données de les publier, qu'il me soit permis de dire qu'il a fallu toute la foi que j'ai en vos lumières pour me déterminer à mettre sous les yeux du public des faits d'un genre si différent de ceux dont je l'ai entretenu jusqu'ici.

Quoi qu'il en soit, je vais, suivant votre désir, exposer mes observations ; je les présenterai dans l'ordre où je les ai faites.

« Le pendule dont je me servis était un anneau de fer suspendu à un fil de chanvre ; il avait été disposé par une personne qui désirait vivement que je vérifiasse moi-même le phénomène qui se manifestait lorsqu'elle le mettait au-dessus de l'eau, d'un bloc de métal ou d'un être vivant : phénomène dont elle me rendit témoin. Ce ne fut pas, je l'avoue, sans surprise, que je le vis se reproduire, lorsque ayant saisi moi-même de la main droite le fil du pendule, j'eus placé ce dernier au-dessus du mercure de ma cuve pneumatique, d'un enclume, de plusieurs animaux, etc. Je conclus de mes expériences que s'il n'y avait, comme on me l'assurait, qu'un certain nombre de corps aptes à déterminer les oscillations du pendule, il pourrait arriver qu'en interposant d'autres corps entre les premiers et le pendule en mouvement, celui-ci s'arrêterait. Malgré ma présomption, mon étonnement fut grand lorsqu'après avoir pris de la main gauche une plaque de verre, un gâteau de résine, etc., et avoir placé un de ces corps entre du mercure et le pendule qui oscillait au-dessus, je vis les oscillations diminuer d'amplitude et s'anéantir entièrement. Elles recommencèrent lorsque le corps intermédiaire eut été retiré, et s'anéantirent de nouveau par l'interposition du même corps. Cette succession de phénomènes se répéta un grand nombre de fois avec une constance vraiment remarquable, soit que le corps intermédiaire fût tenu par moi, soit qu'il le fût par une autre personne. Plus ces effets me paraissaient extraordinaires, et plus je sentais le besoin de vérifier s'ils étaient réellement étrangers à tout mouvement musculaire du bras, ainsi qu'on me l'avait affirmé de la manière la plus positive. Cela me conduisit à appuyer le bras droit qui tenait le pendule, sur un support de bois que je faisais avancer à volonté de l'épaule à la main, et revenir de la main vers l'épaule : je remarquai bientôt que, dans la première circonstance, le mouvement du pendule décroissait d'autant plus que l'appui s'approchait davantage de la main, et qu'il cessait lorsque les doigts qui tenaient le fil étaient eux-mêmes appuyés, tandis que, dans la seconde circonstance, l'effet contraire avait lieu ; cependant, pour des substances égales du support au fil, le mouvement était plus lent qu'auparavant. Je pensai d'après cela qu'il était très-probable qu'un mouvement musculaire qui avait lieu à mon insu déterminait le phénomène, et je devais d'autant plus prendre cette opinion en considération, que j'avais un souvenir vague, à la vérité, d'avoir été dans *un état tout particulier*, lorsque mes yeux suivaient les oscillations que décrivait le pendule que je tenais à la main.

« Je refis mes expériences, le bras parfaitement libre, et je me convainquis que le souvenir dont je viens de parler n'était pas une illusion de mon esprit, car je sentis très-bien qu'en même temps que mes

yeux suivaient le pendule qui oscillait, il y avait en moi une *disposition ou tendance au mouvement*, qui, toute involontaire qu'elle me semblait, était d'autant plus satisfaite, que le pendule décrivait de plus grands arcs : dès-lors je pensai que si je répétais les expériences les yeux bandés, les résultats pourraient en être tout différens de ceux que j'observais. C'est précisément ce qui arriva. Pendant que le pendule oscillait au-dessus du mercure, on m'appliqua un bandeau sur les yeux : le mouvement diminua bientôt, mais quoique les oscillations fussent faibles, elles ne diminuèrent pas sensiblement par la présence des corps qui avaient paru les arrêter dans mes premières expériences. Enfin, à partir du moment où le pendule fut en repos, je le tins encore pendant un quart-d'heure au-dessus du mercure sans qu'il se remît en mouvement, et dans ce temps-là, et toujours à mon insu, on avait interposé et retiré plusieurs fois, soit le plateau de verre, soit le gâteau de résine.

« Voici comment j'interprète ces phénomènes.

« Lorsque je tenais le pendule à la main, un mouvement musculaire de mon bras, quoique insensible pour moi, fit sortir le pendule de l'état de repos, et les oscillations, une fois commencées, furent bientôt augmentées par l'influence que la vue exerça pour me mettre dans cet état particulier de *disposition ou tendance au mouvement*. Maintenant il faut bien reconnaître que le mouvement musculaire, lors même qu'il est accru par cette *même disposition*, est cependant assez faible pour s'arrêter, je ne dis pas sous l'empire de la volonté, mais lorsqu'on a simplement *la pensée d'essayer si telle chose l'arrêtera*. Il y a donc une liaison intime établie entre l'exécution de certains mouvemens et l'acte de la pensée qui y est relative, quoique cette pensée ne soit point encore la volonté qui commande aux organes musculaires. C'est en cela que les phénomènes que j'ai décrits me semblent être de quelque intérêt pour la psychologie, et même pour l'histoire des sciences ; ils prouvent combien il est facile de prendre des illusions pour des réalités, toutes les fois que nous nous occupons d'un phénomène où nos organes ont quelque part, et cela dans des circonstances qui n'ont pas été analysées suffisamment. En effet, que je me fusse borné à faire osciller le pendule au-dessus de certains corps, et aux expériences où ces oscillations furent arrêtées, quand on interposa du verre, de la résine, etc., entre le pendule et les corps qui semblaient en déterminer le mouvement, et certainement je n'aurais point eu de raison pour ne pas croire à la baguette divinatoire et à autre chose du même genre. Maintenant on concevra sans peine comment des hommes de très-bonne foi, et éclairés d'ailleurs, sont quelquefois portés à recourir à des idées tout-à-fait chimériques pour expliquer des phénomènes qui ne sortent pas réellement du monde physique que nous con-

naissons (1). Une fois convaincu que rien de vraiment extraordinaire n'existait dans les effets qui m'avaient causé tant de surprise, je me suis trouvé dans une disposition si différente de celle où j'étais la première fois que je les observai, que long-temps après, et à diverses époques, j'ai essayé, mais toujours en vain, de les reproduire.

« En invoquant votre témoignage sur un fait qui s'est passé sous vos yeux il y a plus de douze ans, je prouverai à mes lecteurs que je ne suis pas la seule personne sur qui la vue ait eu de l'influence pour déterminer les oscillations d'un pendule tenu à la main. Vous vous rappelez sans doute qu'étant chez vous avec le général P***** et plusieurs autres personnes, mes expériences devinrent un des sujets de la conversation; que le général manifesta le désir d'en connaître les détails, et qu'après les lui avoir exposés, il ne dissimula pas combien l'influence de la vue sur le mouvement du pendule était contraire à toutes ses idées. Vous vous rappelez que, sur ma proposition d'en faire lui-même l'expérience, il fut frappé d'étonnement lorsque, après avoir mis la main gauche sur ses yeux pendant quelques minutes, et l'en avoir retirée ensuite, il vit le pendule qu'il tenait de la main droite absolument immobile, quoiqu'il oscillât avec rapidité au moment où ses yeux avaient cessé de le voir.

« Les faits précédens et l'interprétation que j'en ai donnée m'ont conduit à les enchaîner à d'autres que nous pouvons observer tous les jours : par cet enchaînement, l'analyse de ceux ci devient à-la-fois et plus simple et plus précise qu'elle ne l'a été, en même temps que l'on forme un ensemble de faits dont l'interprétation générale est susceptible d'une grande extension. Mais avant d'aller plus loin, rappelons bien que mes observations présentent deux circonstances principales :

« 1. Penser qu'un pendule tenu à la main peut se mouvoir, et qu'il se meuve sans qu'on ait la conscience que l'organe musculaire lui imprime aucune impulsion; *voilà un premier fait.*

« 2. Voir un pendule osciller, et que ses oscillations deviennent plus étendues par l'influence de la vue sur l'organe musculaire, et toujours sans qu'on en ait la conscience; *voilà un second fait.*

(1) Je conçois très-bien qu'un homme de bonne foi, dont l'attention tout entière est fixée sur le mouvement qu'une baguette qu'il tient en ses mains peut prendre par une cause qui lui est inconnue, pourra recevoir de la moindre circonstance la *tendance au mouvement* nécessaire pour amener la manifestation du phénomène qui l'occupe; par exemple, si cet homme cherche une source, s'il n'a pas les yeux bandés, la vue d'un gazon vert, abondant, sur lequel il marche, pourra déterminer en lui, à son insçu, le mouvement musculaire capable de déranger la baguette, par la liaison établie entre l'idée de végétation active et celle de l'eau.

« La tendance au mouvement, déterminée en nous par la vue d'un corps en mouvement, se retrouve dans plusieurs cas, par exemple :

« 1.° Lorsque l'attention étant entièrement fixée sur un oiseau qui vole, sur une pierre qui fend l'air, sur de l'eau qui coule, le corps du spectateur se dirige d'une manière plus ou moins prononcée vers la ligne du mouvement ;

« 2.° Lorsqu'un joueur de boule ou de billard, suivant de l'œil le mobile auquel il a imprimé le mouvement, porte son corps dans la direction qu'il désire voir suivre à ce mobile, comme s'il lui était possible encore de le diriger vers le but qu'il a voulu lui faire atteindre.

« Quand nous marchons sur un plan glissant, tout le monde sait avec quelle promptitude nous nous jetons du côté opposé à celui où notre corps est entraîné par suite d'une perte d'équilibre ; mais une circonstance moins généralement connue, c'est qu'une tendance au mouvement se manifeste lors même qu'il nous est impossible de nous mouvoir dans le sens de cette tendance ; par exemple, en voiture, la peur de verser vous saisit dans la direction opposée à celle qui vous menace, et il en résulte des efforts d'autant plus pénibles que la frayeur et l'irritabilité sont plus grandes. Je crois que dans les chutes ordinaires, le *laisser-tomber* a moins d'inconvénient que l'effort tenté pour prévenir la chute. C'est de cette manière que je comprends la justesse du proverbe : *Il y a un Dieu pour les enfans et pour les ivrognes.*

« Le fait que je viens de citer nous conduit naturellement au cas où, étant placé sur la corniche d'une montagne dont la largeur présente une voie beaucoup plus large que celle qui serait strictement nécessaire si l'on marchait dans une grande route, on vient tout-à-coup à découvrir la profondeur d'un abîme qu'on a au-dessous de soi. Au même moment, pour ainsi dire, on se jette irrésistiblement du côté opposé à l'abîme, poussé par l'instinct de la conservation qui lutte contre une tendance au mouvement en sens contraire, déterminée par la vue de l'abîme. Cette tendance est encore remarquable lorsqu'on se trouve sur un pont sans garde-fou, placé au-dessus d'un précipice ; ce précipice, vu d'un côté du pont, vous fait jeter du côté opposé, et vous met dans le même état d'anxiété que celui auquel vous avez voulu vous soustraire. Ainsi sollicité successivement en deux sens opposés, vous êtes frappé de stupeur et réduit à l'immobilité, si même la crainte trop vive de tomber du côté où vous êtes ne vous fait pas courir le danger de vous jeter du côté opposé. Telle est, dans le cas dont nous parlons, la position d'un homme qui n'a pas été habitué à marcher dans une voie étroite suspendue sur un abîme, tandis que l'homme qui a cette habitude y marche aussi sûrement que dans une grande route, par la raison que, libre de frayeur, il ne pense point au danger que redoute le premier. Enfin la position de celui-ci pourrait devenir plus critique encore, s'il était conduit à découvrir la

profondeur de l'abîme dans le cas où, suivant de l'œil le vol d'un oiseau ou le jet d'une pierre, etc., il aurait déjà obéi jusqu'à un certain point à cette tendance qui nous porte vers un corps qui se meut (1).

« La tendance au mouvement dans un sens déterminé, résultant de l'attention qu'on donne à un certain objet, me semble la cause première de plusieurs phénomènes qu'on rapporte généralement à *l'imitation*; ainsi, dans le cas où la vue et même l'audition portent notre pensée sur une personne qui bâille, le mouvement musculaire du bâillement en est ordinairement chez nous la conséquence. Je pourrais en dire autant de la communication du rire, et cet exemple même présente plus que tout autre analogue une circonstance qui me paraît appuyer beaucoup l'interprétation que je donne de ces phénomènes : c'est que le rire, faible d'abord, peut, s'il se prolonge, passez-moi l'expression, *s'accélérer* (comme nous avons vu les oscillations du pendule tenu à la main augmenter d'amplitude sous l'influence de la vue), et le rire *s'accélérant* peut aller jusqu'à la convulsion.

« Je ne doute point que le spectacle de certaines actions propres à agir fortement sur notre frêle machine, que le récit animé de la voix et du geste de ces mêmes actions, ou, encore, la connaissance que l'on en prend par une simple lecture, ne portent certains individus à ces mêmes actions, par suite d'une tendance au mouvement qui les détermine ainsi machinalement à un acte auquels ils n'auraient jamais pensé sans une circonstance étrangère à leur volonté, et auquel ils n'auraient jamais été conduits par ce que l'on doit nommer l'*instinct* chez les animaux.

« Le grand acteur est celui dont le geste et le mouvement de la physionomie correspondent au mouvement que les sentimens qu'il traduit sur la scène ont dû exciter dans le personnage qu'il représente.

« Le peintre d'histoire qui a étudié la nature saisit la position que devaient avoir les originaux des personnages qu'il peint, lorsqu'ils concouraient à l'acte que la toile doit reproduire.

« Le grand poète est celui dont les vers éveillent en ceux qui l'écoutent, les mouvemens correspondans aux faits qu'il chante : tel est le récit d'un morceau de l'Iliade, qui porte Alexandre à se jeter sur ses armes.

« En terminant ici l'exposition des faits qui me paraissent se lier à mes observations, je crois devoir faire une remarque, qui se trouve bien implicitement dans ce que j'ai dit, mais qui pourrait échapper à quelque lecteur : c'est que cette tendance au mouvement à laquelle je

(1) Il n'est pas impossible que, dans le mal de mer, il se passe en nous quelque chose d'analogue à ce que je viens de dire.

rapporte la cause première d'un grand nombre de nos actions, n'a lieu qu'autant que nous sommes dans un certain état, qui est précisément ce que les magnétiseurs appellent la *foi*. L'existence de cet état est parfaitement démontrée par le récit de mes expériences : effectivement, tant que j'ai cru *possible* le mouvement du pendule que je tenais à la main, il a eu lieu ; mais après en avoir eu découvert la cause il ne m'a plus été possible de le reproduire. C'est parce que nous ne sommes pas toujours dans le même état, que nous ne recevons pas constamment la même impression d'une même chose : ainsi le bâillement d'un autre ne nous fait pas toujours bâiller ; le rire ne se communique pas toujours du rieur à son voisin, etc. Le grand orateur qui veut faire partager à la foule qui l'écoute la passion qui l'anime, n'arrive point de prime-abord à son but; il commence par y prédisposer son auditoire, et ce n'est qu'après s'en être rendu maître qu'il lance son dernier argument, son dernier trait. Le grand poète, le grand écrivain, usent constamment du même artifice ; ils préparent d'abord leur lecteur à recevoir une impression finale. Rien de plus curieux dans l'étude des causes qui déterminent les actions de l'homme, que la connaissance des moyens employés par le marchand pour appeler d'abord et fixer ensuite l'attention de l'acheteur sur les qualités de l'objet *qu'il veut* lui faire prendre ; que la connaissance des moyens employés par l'escamoteur pour faire tirer d'un jeu de cartes telle carte plutôt que toute autre, ou pour porter l'attention du spectateur sur une certaine chose, afin de la distraire d'une autre, distraction sans laquelle l'escamoteur ne causerait point la surprise qui est l'objet final de son art. Il résulte de ces considérations, que les professions les plus diverses emploient des moyens tout-à-fait analogues, quoique excessivement variés, pour arriver à un même but, celui de s'emparer d'abord de l'attention de l'homme, afin de produire ensuite sur lui un effet déterminé.

« Je crois que mes observations se lient à l'histoire des facultés des animaux ; qu'il est tels de leurs actes qu'on a attribués à l'instinct, qui rentrent dans la classe de ceux dont j'ai parlé. Ce serait surtout chez les animaux qui vivent en troupe qu'il me paraîtrait intéressant d'étudier, sous ce rapport, l'influence des chefs sur les individus subordonnés. Enfin, les faits que j'ai cités ne jettent-ils pas quelque jour sur la cause de la *fascination* qu'un animal fait éprouver à un autre?

« Je crois que mes observations sont encore de nature à devoir fixer l'attention des physiologistes qui, comme M. Flourens, ont examiné d'une manière toute particulière les mouvemens qui surviennent dans des animaux après l'ablation de parties déterminées de leur système nerveux ; il me semblerait important d'apprécier l'influence que l'ablation de telle de ces parties peut exercer sur la manifestation des phénomènes qui font le sujet de cette lettre.

« Tels sont, mon cher ami, les objets que vous avez considérés comme étant susceptibles d'intéresser les personnes qui pensent avec nous que la marche à suivre en psychologie est celle qu'ont tracée les hommes auxquelles les sciences naturelles doivent leurs progrès, et qui partagent notre opinion qu'il n'y a pas de métaphysique positive pour qui ignore les grandes vérités des sciences physiques et mathématiques. L'étude des facultés de l'homme est liée invariablement non-seulement à la connaissance des moyens qu'il a mis en usage pour arriver à fonder chacune des branches spéciales de ces mêmes sciences, mais elle l'est encore à la connaissance des facultés des animaux. Avant de chercher à composer un système général de philosophie, il faut avoir rassemblé un nombre aussi grand que possible de groupes de faits analogues, et en outre il faut que les faits de chaque groupe aient été préalablement approfondis par des études particulières. »

Recevez, mon cher ami, etc.

E. Chevreul.

Projet d'association des médecins de Paris.

Le professeur Orfila, qui, depuis son entrée aux fonctions élevées de doyen de la Faculté de médecine de Paris, n'a cessé de travailler à l'amélioration de l'enseignement et des études médicales, vient d'étendre sa sollicitude jusqu'à la profession même, en proposant aux médecins de la capitale la fondation d'une sorte de *Société de secours mutuels*. Dans ce but, deux réunions des médecins de Paris ont eu lieu à l'École de médecine, sous la présidence de l'auteur du projet. Une commission composée de vingt-cinq membres a été désignée par le sort et chargée de rédiger les statuts de l'association, qui seront soumis à l'approbation définitive du corps médical. Venir au secours de quelques médecins tombés dans l'infortune, pourvoir à l'existence de leur famille laissée sans ressource par leur mort ou par quelque catastrophe imprévue, tel semblait être le but unique de l'association, comme on la présentait d'abord; mais dans l'intervalle des deux séances, les esprits ont marché, la plupart des médecins ont cherché à approfondir une question qui les touche de si près. On s'est demandé si l'on devait se borner à l'idée émise par M. Orfila, si l'on ne devait pas étendre le projet primitif et former une association, non pas seulement dans la vue de réparer ou de soulager quelques malheurs privés, mais de représenter le corps médical tout entier, de veiller à ses intérêts et de chercher à relever et défendre sa considération trop souvent compromise.

Dès-lors la désignation des membres de la commission ne pouvait plus être laissée au scrutin, qui n'y aurait fait entrer que les notabili-

tés de la profession, c'est-à-dire que les hommes pour qui leur position privilégiée peut être la source de préjugés, ou, si l'on veut, d'opinions contraires à celles de la majorité des médecins. Cela a été parfaitement senti par l'assemblée, et M. Orfila, que, d'après le but exclusif de son projet, l'on pouvait naturellement croire opposé à la nomination par la voie du sort, a fait entièrement abnégation de toute idée personnelle, et avait fait préparer d'avance tout ce qui pourrait abréger l'opération au cas où ce dernier mode de nomination serait adopté.

Mais si l'on ne se borne pas à une association pour porter secours aux médecins malheureux, en quoi espère-t-on la rendre favorable à la profession tout entière? Une semblable association aura-t-elle les résultats qu'on semble en attendre? De quelque manière qu'on la comprenne, elle ne changera pas la position individuelle de chaque médecin. Elle ne fera pas que l'affluence considérable de praticiens n'établisse une concurrence qui tourne souvent contre la dignité du corps médical; elle n'empêchera pas un homme intrigant d'exploiter la crédulité publique et d'en profiter aux dépens d'un confrère. Enfin elle ne corrigera pas l'injustice et l'ingratitude de la société envers une profession à laquelle elle demande incessamment des services. Sous ce rapport ce sont des inconvéniens qui tiennent intimement à la pratique d'un art trop difficile et trop mal apprécié pour qu'on puisse assigner la véritable place à chacun de ceux qui l'exercent, et pour qu'il ne se glisse pas dans les rangs de ceux-ci un grand nombre d'intrus sous le bonnet même de docteur qui les couvre. En outre, il en est ici pour les médecins, il faut bien le dire, comme dans le commerce; lorsque la production accumulée n'est plus en rapport avec la consommation, il faut que la production baisse pour que l'équilibre se rétablisse; de même il faut que le nombre des médecins diminue, et que les familles ne dirigent plus les études de leurs enfans vers une profession qui ne leur offre plus que peu de chances de succès au prix des travaux les plus pénibles. Du reste, il y a beaucoup à faire sous ce rapport pour la direction de notre profession. Nous en sommes encore à désirer les premiers élémens d'institutions médicales. Pour en revenir au but du projet primitif, on a parlé de droits à des rétributions, à des pensions, etc. Mais est-il possible d'admettre autre chose qu'une intervention bienveillante et charitable? Pour avoir des droits à recevoir telle ou telle somme, il faut avoir donné dans certaines proportions et suivant la somme à laquelle on veut avoir des droits. On s'engagerait ainsi dans une espèce d'assurance mutuelle, et on aperçoit tout d'abord l'impossibilité d'une telle méthode. Les secours doivent être accordés suivant les besoins et non suivant la mise, soit qu'on tire de la misère un médecin frappé de quelque malheur imprévu, soit que dans des circonstances particulières on favorise les premiers pas d'un jeune confrère par un

don proportionné à sa pénurie, ou par un prêt temporaire. Il ne peut donc y avoir de droits de la part de ceux qu'on soulage; c'est une affaire de bienveillance, de *secours*, et c'est en envisageant la question sous ce point de vue simple qu'on pourra espérer d'atteindre le but qu'on se propose.

Il faut donc que la commission chargée de rédiger les statuts de l'association ait égard d'abord au projet proposé par M. Orfila, qui en est le premier but, et celui qu'on peut le plus immédiatement atteindre. Elle n'a point à s'occuper d'institutions médicales, mais bien de l'organisation d'une association qui puisse plus tard s'en occuper, qui soit en mesure de défendre le corps médical *bien réellement représenté* contre tout ce qui pourrait compromettre ses intérêts et sa dignité, aussi bien contre la domination de quelques membres ou de quelque corps médical privilégié, que contre celle du gouvernement, etc.

Quoi qu'il en soit de ces idées, le travail que doit faire la commission devra être soumis à l'assemblée des médecins de Paris, aussitôt qu'il sera terminé. Mais il y a encore une condition importante, indispensable même à remplir, c'est que les statuts soient publiés avant la séance destinée à leur acceptation, car il faut que l'on connaisse à l'avance, et que l'on puisse méditer à loisir les dispositions sur lesquelles on sera appelé à voter ; c'est le seul moyen d'éviter la confusion, et de mettre les médecins dans le cas d'agir avec discernement.

Concours pour la chaire de clinique interne à la Faculté de Médecine de Paris.

Dans notre dernier numéro, nous avons fait ressortir tout ce qu'il y a de vicieux dans le mode de concours adopté par le conseil de l'université, et de ridicule dans les prétentions de certains candidats, dont les protestations ont laissé entrevoir qu'ils se seraient fort bien accommodés de la première place. Depuis ce moment, des protestations ont été renouvelées de vive voix, et l'on s'est plû à poursuivre et le jury et le candidat qui semble avoir le plus de chances de succès. Cette injustice envers un compétiteur dont personne ne peut contester le mérite supérieur, et qui n'était pour rien dans le choix du mode de concours, nous étonnerait beaucoup, si nous ne savions depuis longtemps à quels excès les hommes peuvent se porter quand ils sont déchus de leurs prétentions. On ne sait comment expliquer cet acharnement. Les réglemens ont-ils été faits pour M. Rostan ? pense-t-on que le conseil de l'instruction publique, que la Faculté elle-même, aient eu tant d'inclination pour ce médecin, qu'on se soit entendu des deux parts pour réunir des conditions de concours qui dussent le fa-

voriser aux dépens de tous les autres? Si le résultat de la première épreuve a été de placer M. Rostan au premier rang, le jury a-t-il fait autre chose que rendre justice à des antécédens qu'aucun autre n'avait à présenter? Pouvait-on ne pas prendre en considération et les écrits remarquables et l'enseignement brillant, qui, depuis tant d'années, ont fait connaître et apprécier son mérite au public médical? La vanité déçue oublie toutes les convenances et donne des armes contre elle-même. Ceux qui ont voulu attaquer le caractère de M. Rostan ont-ils cru pouvoir effacer le souvenir de sa conduite indépendante depuis le commencement de sa carrière médicale jusquà ces jours? Lui ont-ils tenu compte de tout ce qu'il compromet en présence de candidats plus jeunes et plus habitués que lui aux luttes des concours, qui ne sont pas sans chances désavantageuses pour les plus forts mêmes.

Mais on ne borne pas ces attaques à un candidat dont tout le crime est d'avoir du mérite et une longue carrière de travaux utiles à l'enseignement médical; on s'en prend aussi au jury, comme s'il pouvait faire autre chose que d'appliquer la loi dont on lui a confié l'exécution, et comme s'il avait pris d'avance l'engagement de satisfaire à toutes les exigences. La Faculté a eu le désir de faire dominer les titres antérieurs dans le concours, et nous croyons qu'elle a eu raison; il serait fâcheux en effet qu'un jury pût être indécis un seul instant entre un homme dont le mérite est éprouvé depuis longtemps, et un candidat dont tout le talent se borne à débiter avec assurance une amplification plus ou moins fleurie. Si elle s'est trompée dans la manière de les apprécier et de les comparer aux autres épreuves du concours, nous ne voyons pas ce que le jury pouvait y faire et quels torts on peut raisonnablement lui donner. Aurait-on voulu qu'il prît sur lui de changer le réglement; aurait-on voulu qu'il protestât aussi; ou plutôt n'aurait-il pas dû être assez ingénieux pour trouver le moyen d'accorder une chaire de clinique à chacun des candidats?

Nous avons parlé tout à l'heure de l'oubli des convenances; il a été porté trop loin par M. Cayol pour que nous puissions passer sous silence son *coup-d'œil historique et critique sur le concours*, etc. Si M. Cayol s'était contenté de nous dire que la chaire de clinique lui appartient, parce qu'il en a chassé ses maîtres, parce que Charles X la lui a donnée, que seul d'ailleurs il a assez de talent pour l'occuper d'une manière convenable, et qu'un jury, qui ne le nomme pas de préférence à tous les autres est un jury absurde, il eût fait rire un peu, et l'on n'aurait plus pensé à lui (1). Mais ses clameurs deviennent injurieu-

(1) Il est bon de rappeler que M. Cayol faisait partie de la commission chargée de reconstituer la Faculté de Médecine, illégalement et brutalement dissoute par le ministère Corbière.

ses, et ne trouvent pas d'excuse dans le désapointement de son légitimisme médical et politique. Son *coup d'œil historique et critique* est un mélange bizarre de prétentions libérales, de Bourbonisme et d'injures grossières. On y voit *le Courrier Français* cité à côté du *Revenant*, la soif des concours affichée par un homme qui n'eut jamais été rien avec les concours, et la haine des étrangers avec l'amour des idées de la Sainte-Alliance. Oui, l'intervention des étrangers dans nos affaires est fâcheuse, pour nous servir de l'expression que M. Cayol a voulu appliquer à M. Orfila, mais c'est lorsqu'elle établit en France un ordre de choses qui peut amener M. Cayol au professorat. Il sied mal à celui-ci de citer le *Courrier Français*, et de parler de notre caractère national, en s'appitoyant sur le sort de la prisonnière de Blaye. Ce qu'il y a de plus repoussant dans la manière d'agir de ce candidat, c'est qu'il ne redresse son *épine dorsale*, et ne lance son venin sur un homme honorable, qu'après avoir échoué dans ses insinuations particulières auprès de lui, et qu'il ne diffame les jurés qu'après avoir cherché par tous les moyens à se les rendre favorables. Il est déplorable de voir notre école agitée par de telles gens, et les étudians devraient un peu mieux apprécier l'opposition à laquelle ils prodiguent leurs applaudissemens.

Déjà la seconde épreuve du concours est presqu'entièrement terminée. En général, les médecins qui ne se sont pas retirés de la lice ont fait preuve de connaissances étendues; quatre compétiteurs nous ont semblé devoir être mentionnés sous un rapport particulier. M. Gibert que distingue une élocution facile et abondante, s'est fait le champion de M. Cayol et de l'*hippocratisme* de ce médecin. Il est à regretter que les germes d'un talent véritable soient perdus, sacrifiés qu'ils sont à des hommes et à des doctrines si pauvres. Qu'il reproche à l'école de Paris, que ces reproches n'atteignent point, de n'avoir pas le sens commun, nous lui reprocherons, à plus juste titre, cette manie inconcevable dans le siècle où nous vivons, de tout voir dans l'antiquité, sans la comprendre, et celle plus inconcevable encore de n'adopter, comme son maître, que les erreurs d'un grand homme.

L'élocution de M. Trousseau, moins verbeuse mais tout aussi facile que celle de M. Gibert, a fait valoir les connaissances plus positives de ce candidat. Si le talent de la parole suffisait pour faire un professeur accompli, M. Trousseau n'aurait rien à envier à ceux qui ont la réputation la plus brillante. Malheureusement ce médecin se livre trop facilement aux idées qui sont en opposition aux idées communes, ou du moins sa parole tranchante prête trop souvent à ses opinions une apparence paradoxale ou un exclusisme qu'il n'y attache sans doute pas lui-même. Du reste personne mieux que lui ne sait exposer et

faire valoir, soit ses propres opinions, soit les opinions des autres qu'il croit devoir adopter.

M. Rostan, dans ses deux leçons, et particulièrement dans la seconde, n'est point resté au-dessous de sa réputation de professeur de clinique. On a retrouvé le praticien qui a une connaisance parfaite des maladies, et qui sait exposer les élémens du diagnostic, et poser les indications thérapeutiques, avec tant de netteté, si la chaire de clinique devait être accordée uniquement sur cette seconde épreuve, aucun des compétiteurs ne pourrait se flatter avec raison de lui avoir été supérieur.

Il est un candidat à qui le jury, sans doute, rendra toute justice, mais dont les paroles n'ont pas eu sur l'auditoire tout l'effet qu'elles auraient dû produire. Il semblerait que, pour provoquer les applaudissemens d'un public qui a, sans doute, des connaissances médicales, on n'a besoin que de lancer avec le plus d'assurance possible des phrases à périodes arrondies, que d'entasser des mots sonores et des lieux communs. Le mérite sans parure passe inaperçu; le clinquant éblouit et provoque l'enthousiasme. Le commencement de la première leçon de M. Dalmas et toute la seconde, sauf l'endroit où il attribue trop légèrement peut-être l'ascite de la jeune fille qu'il avait eue à examiner à une lésion de la rate, est certainement une des meilleures parties des leçons cliniques. Là, point de phrases, ni de merveilles de thérapeutique, ni de frais intempestifs de paroles; mais des faits bien observés, des déductions rigoureuses, une grande précision de diagnostic, en un mot ce qui constitue le pathologiste clinicien. M. Dalmas n'a pas encore l'habitude de professer, mais c'est un talent qu'on peut acquérir, et il possède ce qui fait le fonds de tout, des connaissances et un jugement solide.

Si nous passions en revue les épreuves des autres candidats, nous aurions beaucoup à louer. Nous citerions surtout M. Piorry, dont la leçon a montré une grande habitude de voir et d'apprécier les maladiés, et un talent réel d'exposition qui gagnerait à un débit plus simple.

Réclamation de M. Rochoux, *au sujet d'une observation d'apoplexie par épanchement de sang dans la protubérance annulaire, adressée à M. le docteur* Ollivier, *d'Angers.*

Monsieur et honoré confrère,

Dans une histoire anatomique d'une observation fort intéressante d'apoplexie de la protubérance annulaire vous dites : « la substance

nerveuse au milieu de laquelle le sang est épanché n'est nullement ramollie, et toutes nos recherches n'ont pu nous faire découvrir dans les faisceaux déchirés de la moelle alongée, cette altération préliminaire qui existe constamment suivant M. Rochoux (1). »

Voilà une assertion pure et simple; mais la preuve, où est-elle? elle se trouvera dans la réponse que vous ferez à cette question. Avez-vous, oui ou non, en vidant le foyer apoplectique sous un léger filet d'eau, observé des *lambeaux* flottans de substance cérébrale à son intérieur? Pour ma part, sur près de cent apoplectiques qu'à présent j'ai ouverts, je n'ai pas été une seule fois sans voir très-distinctement ces lambeaux qui, dans quelques cas exceptionnels, sont à-peu-près la seule trace de ramollissement du tissu nerveux facilement appréciable; et j'ai toujours pu les montrer, comme hier encore je l'ai fait, sur le second cas d'apoplexie de la protubérance que j'examine depuis le jour où vous m'avez parlé de votre observation. Quant à votre répugnance à admettre une lésion de texture dans l'encéphale d'un sujet en apparence bien portant (2), ma réponse à cette objection ne sera pas très-longue.

Il y a dans ce moment à Paris plusieurs centaines d'individus porteurs de lésions organiques plus ou moins graves dont ils ne présentent aucun symptôme. Ce fait a beau ne pas convenir à notre manière de voir, il n'en faut pas moins l'admettre. Pourquoi se montrerait-on plus exigeant à l'égard du vice de nutrition ou du ramollissement *hémorrhagipare* qui précède toujours l'apoplexie? je n'en vois pas la raison. Au reste j'espère, dans une seconde édition de mes *Recherches sur l'apoplexie*, démontrer par une telle masse de faits la constante préexistence de ce ramollissement, que force sera bien de la reconnaître pour vraie.

Agréez, etc.

ROCHOUX.

---

(1) *Archives gén. de Méd.*, fév. 1833, p. 276.
(2) *Loc. cit.*, p. 277.

BIBLIOGRAPHIE.

1.° *Dissertatio inauguralis medica observationes Heidelbergenses circà curam labis intestinalis, in febre remittente, enterico-pituitosâ, nervosâ sistens. Quam consensu et auctoritate gratiosi medicorum ordinis in litterarum universitate Ruperto Carolinâ eruditorum examini submittit auctor*, Clemens-Zeno-Maria-Hubert Maessen. — Heidelberg, 1832. In-4.°, 32 pages.

2.° *De parasitis in ore. — Dissertatio inauguralis medica*, etc.; par Georgius-Josephus Sachse.—Heidelberg, 1832. In-4.° 30 pages, avec deux pl.

3.° *De fungo duræ matris. Dissertatio inauguralis*, etc.; par Joachim-Frédéric Hübener. — Heidelberg, 1832. In-4.°, 20 pages et une pl.

4.° *Observations sur l'hydrencéphale aiguë des enfans*; thèse inaugurale; par Maurice Ruef. — Strasbourg, 1832. In-4.°, 35 pages.

5.° *Essai sur la théorie de l'inflammation*; thèse inaugurale, par Jacques-Honoré Malapert. — Paris, 1832. In-4.°, 60 pages.

6.° *De morbo qui læsiones in cadaveribus dissecandis haud rarò sequi solet. — Dissertatio inauguralis medica*, etc.; par Mauritius Leo-Wolf. — Heidelberg, 1832. In-8.°, 90 pages.

7.° *Mémoires de médecine-pratique*; par Jean-Frédéric Lobstein, professeur, etc. (Extraits du tome I.er des Nouveaux Mémoires de la Société des sciences, agriculture et arts du département du Bas-Rhin.)—Strasbourg et Paris, 1832. In-8.° 103 pages.

Dans ces thèses et ces mémoires, il s'en faut de beaucoup que tout soit également important, et si l'on en excepte le dernier ouvrage qui appartient à un homme d'un talent supérieur, et les faits épars déduits de la pratique des professeurs de l'Université d'Heidelberg, que l'on trouve çà et là dans quelques-unes des thèses dont le titre précède, on trouve en général dans ces diverses publications beaucoup de paroles et peu de choses. Le reproche de prolixité doit surtout s'adresser aux jeunes docteurs allemands dont nous allons passer en revue les thèses inaugurales.

I. La thèse du docteur Maessen a pour objet le traitement de la *fièvre typhoïde*; il cite, l'un après l'autre, les divers moyens thérapeutiques qui ont été employés par le professeur Puchelt, contre cette maladie, et se borne à noter d'une manière générale et sans discussion les résultats obtenus par ce praticien. Ce travail est le fruit d'une observation

long-temps soutenue et exercée sur de nombreux malades. La brochure est terminée par une série d'observations bien faites, qui ont pour but de déterminer les effets du calomel à hautes doses dans le traitement de la fièvre typhoïde. Sur quatorze malades ainsi traités, quatre ont succombé, et chez plusieurs de ceux qui ont été guéris, ce médicament ne paraît pas avoir eu une influence bien salutaire; aussi le professeur Puchelt y a-t-il promptement renoncé. Suivant ce médecin, le meilleur moyen à employer contre la maladie en question consiste à faire vomir à l'aide de l'émétique ou de l'ipécacuanha, ou des deux combinés. Ces vomitifs doivent surtout être administrés au début, dans le stade des prodrômes; ils ont, dit-il, pour effet de faire avorter la maladie, ou au moins de lui imprimer une marche plus favorable. A une époque plus avancée, mais toujours au début, ils offrent encore d'immenses avantages. Une telle opinion, qui semble être le résultat de la pratique d'un médecin habile, doit être prise en considération, sauf à la vérifier par de nouvelles expériences. On pourrait cependant reprocher au praticien allemand de trop généraliser sa proposition, car il y a des cas nombreux où aucun médecin prudent n'osera adopter la médication qu'il préfère à toutes les autres dans tous les cas. Le même professeur rejette les émissions sanguines sous toutes les formes; il semble porté à mettre beaucoup plus de confiance dans les toniques et les astringens. Je passe sous silence ce que l'auteur dit des mucilagineux, des bains, des relâchans, etc., etc.; et j'arrive aux conclusions de la thèse, qui paraissent être l'expression des idées pratiques de l'école d'Heidelberg, au moins quant au sujet qui nous occupe.

1.° Jusqu'à présent il n'existe aucune médication particulière qui guérisse d'une manière prochaine et immédiate *l'affection intestinale* (*labem intestinalem*), ou la *maladie fébrile* qu'elle accompagne.

2.° Les antiphlogistiques n'ont point, sur *l'affection intestinale*, l'influence qu'ils ont sur les autres inflammations.

2.° Au contraire, ces éruptions, de même que celles de la peau, parcourent habituellement une certaine période, mais avec des variations de forme, de vitesse et de physionomie propre, chez les divers malades.

4.° Dans le cours de cette période, quand une fois la maladie existe, l'art n'a rien à faire, il faut suivre la médecine expectante, ou se borner à administrer les médicamens indiqués (dans le cours de la thèse), afin de combattre les symptômes graves, les complications, et de *soutenir les forces de la nature médicatrice*.

5.° Cependant, l'émétique, employé dans le stade des prodrômes, empêche l'évolution de la maladie, l'arrête court à son début.

II. Dans la thèse qui a pour titre: *De parasitis in ore*, le docteur Sachse a donné l'histoire de trois individus chez qui il s'était déve-

loppé des tumeurs ostéo-sarcomateuses. Je dis *histoire*, à dessein, car l'auteur cherchant à établir la relation qui existe entre l'existence de ces tumeurs de mauvaise nature et le tempérament de ceux qui en sont affectés, s'étend longuement sur les circonstances antécédentes de chaque maladie et sur la santé et le tempérament, non-seulement du malade, mais encore de ses parens. Ces trois observations sont intéressantes, et sont suivies de quelques considérations sur la formation des tumeurs (*parasitorum*). Ces considérations sont plus ingénieuses qu'utiles; toute la théorie du docteur Sachse repose sur les *dyscrasies* et les *pseudo-végétations* comme sources de ces tumeurs de mauvaise nature qu'il désigne par le mot *parasiti*. Il fait jouer un grand rôle dans la formation de ces *dyscrasies* à l'alimentation trop abondante de la plupart des hommes. Trop de nourriture, dit-il, en terminant, augmente la masse et la force plastique des sucs, et excite une trop grande quantité d'organes sécréteurs et excréteurs; la lassitude, la diminution des forces et la paralysie de ces organes en est la suite; les rétentions (*retentiones*) et l'influence qu'elles ont sur la *crase* des fluides, sont augmentées, la disposition à la formation des *parasiti* se développe et *les forces de la nature médicatrice sont diminuées et brisées.* — On trouve, dans cette thèse, quelques recherches sur la nature chimique des tumeurs ostéo-sarcomateuses.

III. Le docteur Hübener s'est livré à l'étude du *Fungus de la dure-mère.* Sous le rapport des idées théoriques, il y a beaucoup d'analogie entre cette thèse et la précédente. L'auteur rattache aussi la formation du fungus de la dure-mère à des *dyscrasies* particulières. A la page 10 et suivantes de cette thèse, on trouve les résultats de l'inspection microscopique d'un fungus de la dure-mère, entreprise dans l'intention d'en déterminer la structure intime.

IV. La thèse du docteur Maurice Ruef renferme huit observations su l'*hydrencéphale aiguë des enfans;* ce sont huit bonnes observations à ajouter à celles qu'on possédait déjà sur cette matière. Ces observations sont suivies de quelques réflexions qui donnent une idée assez satisfaisante de l'état actuel de la science sur la maladie en question.

V. La thèse suivante est du docteur J. H. Malapert: elle a pour titre: *Essai sur la théorie de l'inflammation.* Cette thèse, où règne un peu de confusion, et qui se fait remarquer par un ton peut-être un peu trop tranchant, s'élève de beaucoup au-dessus de la grande majorité de celles qui sont soutenues habituellement à la faculté de médecine de Paris. Le docteur Malapert réfute presque tout ce qui a été dit jusqu'à présent sur la théorie de l'inflammation; aucun auteur ne lui échappe, et cependant il semble avoir peu observé; la plupart de ses idées lui sont suggérées par ses lectures. Du moins nous n'avons pas vu les preuves expérimentales de la théorie nouvelle qu'il propose. Suivant lui, l'application d'un stimulant sur une surface qui contient

du sang est suivie de la pâleur par la contraction des capillaires qui refoule ce liquide; sur un seul vaisseau capillaire, la contraction a lieu au point de contact, et le sang est repoussé de chaque côté, où il se trouve nécessairement en plus grande quantité. Si le calibre du vaisseau contracté n'est pas entièrement oblitéré, le liquide le traverse avec plus de vitesse, bien qu'il stagne en deçà et au-delà du rétrécissement. Cependant le sang poussé par le cœur arrive, comme d'habitude, dans la partie; il est forcé de passer dans des collatéraux, qu'il dilate outre mesure; il semble alors les multiplier en rendant visibles ceux qui ne l'étaient pas. Si la contraction persiste, le sang s'accumule de plus en plus, engorge les vaisseaux; ses molécules s'y pressent, s'y confondent, le mouvement circulatoire s'éloigne du centre de l'engorgement. La rapidité et l'intensité de la congestion dépendent du degré de la stimulation qui retient le sang. On sait, continue-t-il, que le sang ne peut rétrograder par les veines, mais que les capillaires artériels arrivent à un point donné dans toutes les directions possibles, ce qui explique pourquoi on a vu les molécules sanguines se précipiter de toutes parts en couvergeant vers celui qui était irrité.

Dans cette théorie, toute mécanique, on ne tient aucun compte de l'innervation. L'auteur en fait des applications ingénieuses; mais lorsqu'il cherche à expliquer la formation des tubercules par l'inflammation, il ne fait pas attention que tous les phénomènes qu'il décrit se reproduisent journellement sans donner lieu à cette affection particulière.

VI. Le docteur Leo-Wolf s'est occupé des plaies faites pendant les dissections anatomiques, et de *la maladie qui en est souvent le résultat.* Il admet, comme on voit, une affection spécifique, déterminée par l'absorption d'un virus. Suivant lui, l'intensité des phénomènes morbides est en rapport avec, 1°. l'état particulier des cadavres; 2°. la disposition de celui qui se blesse; 3°. enfin, la constitution régnante. Cette thèse est très-volumineuse et chargée d'érudition. L'auteur a d'autant mieux décrit la maladie en question, qu'il en a été lui-même atteint gravement. Quant à la nature de cette affection, il la regarde comme une maladie inflammatoire de nature spécifique, qui affecte en partie les vaisseaux et les glandes lymphatiques, en partie le tissu cellulaire, et surtout celui qui entoure les glandes. A l'occasion du traitement, il passe en revue tous les remèdes conseillés dans les cas de plaies vénimeuses; et en effet, tel est aussi le cas ici. A quoi sert d'ériger en une maladie particulière les phénomènes morbides qui se développent à la suite d'une blessure dans laquelle a été déposée une matière plus ou moins délétère, phénomènes qui, d'après l'auteur lui-même, varient suivant une foule de circonstances?

Pour terminer cette analyse, je noterai la remarque suivante de

l'auteur de cette thèse: les blessures, dans les dissections sont plus souvent suivies d'accidens consécutifs, et ces accidens eux-mêmes sont plus graves, lorsqu'il règne une épidémie de mauvaise nature.

VII. Le recueil du professeur Lobstein renferme trois mémoires importans. Le premier, qui a pour objet la *paralysie du poumon*, est plus susceptible d'une discussion longue et approfondie que d'une courte analyse qui n'en donnerait qu'une faible idée. Il faudrait chercher si l'étiologie de cette maladie, si l'intermittence de ses accès, si enfin son traitement s'accordent avec l'hypothèse d'une paralysie de l'organe pulmonaire; il y aurait aussi quelque chose à dire sur la question de la dilatation passive ou active du poumon. Le deuxième renferme des *observations sur quelques maladies dont la nature et le siége n'ont pu être déterminés ni avant ni après la mort*. Ces observations sont extrêmement curieuses; l'auteur conclut à l'existence de *maladies dynamiques*, c'est-à-dire, *de lésions dans lesquelles les forces vitales et les fonctions des organes sont immédiatement et primitivement affectées, sans qu'il y ait désordre apparent dans la structure des organes*. Mais il est difficile de concevoir les *forces vitales* et les *fonctions des organes* isolées des organes eux-mêmes, et, dans tous les cas, la seconde partie de la proposition rend la première tout-à-fait inutile. A quoi bon cette hypothèse des *maladies dynamiques*? Et si, de cette hypothèse, il ne doit découler aucune utilité pratique, comment peut-on s'exposer gratuitement au reproche de s'être laissé aller à de vaines spéculations?

Le troisième mémoire est *l'Histoire de l'épidémie varioleuse qui a régné dans le département du Bas-Rhin, dans les années* 1825 *et* 1826. Ce travail excellent ne peut qu'ajouter beaucoup aux notions qu'on possède déjà sur la vaccine. L'auteur est arrivé à ces conclusions importantes:

1.° Que la très-grande majorité des personnes atteintes par l'épidémie varioleuse n'avaient point été vaccinées, ou, ce qui revient au même, ne l'avaient pas été avec succès.

2.° Qu'il est constant que la variole a attaqué des individus dûment et légitimement vaccinés; mais que, sur ceux-ci, elle a été très-bénigne et semblable à la varicelle.

3.° Que la différence frappante entre la marche, les symptômes et la terminaison de la maladie chez les personnes non-vaccinées et celles qui l'ont été avec succès, dépend manifestement de cette même vaccination.

4.° Qu'en conséquence la vaccine reste toujours un préservatif très-précieux contre la variole, en même temps qu'elle est un moyen certain de la priver de sa gravité et de ses dangers.

A Treatise on the urethra, its diseases, especially stricture and their cure. — *Traité sur l'urètre, ses maladies, en particulier ses rétrécissemens et leur traitement; par* Benjamin Philipps. — *Londres*, 1832. In-8.°, 319 *p. avec deux pl.*

Les maladies de l'urètre se présentent fréquemment au praticien et souvent avec des symptômes extrêmement inquiétans; parmi ces maladies, les rétrécissemens de ce canal se distinguent par leur gravité. Aussi l'ouvrage du docteur B. Philipps semble-t-il écrit en grande partie dans le but d'établir le traitement qui convient le mieux à cette dernière affection. Son opinion est déduite d'un grand nombre de faits qui se sont présentés à son observation particulière; elle est appuyée à la fois sur le raisonnement et sur l'expérience. Ce livre, considéré sous un point de vue général, diffère un peu des autres publications médicales anglaises, sous deux rapports assez importans: d'abord, il y règne une sobriété de théories peu commune chez nos confrères d'outre-mer qui, dans la plupart de leurs écrits semblent vouloir expliquer à tout prix les phénomènes variés de notre organisme, soit à l'état de santé, soit surtout à l'état morbide. Ensuite, il porte une empreinte toute française; on voit que l'auteur, envisageant largement les questions scientifiques, a mis de côté tout amour-propre national, et s'est livré consciencieusement à l'étude de la pratique française et à la lecture approfondie de nos auteurs tant anciens que modernes. Ces rapports entre deux nations savantes deviennent chaque jour plus fréquens et plus intimes, et ne peuvent manquer de produire des résultats utiles à la science et à l'humanité.

Il y a deux manières de combattre le rétrécissement de l'urètre: par la dilatation ou par la destruction du tissu morbide. La dilatation se fait au moyen d'un corps étranger introduit dans l'urètre qui cède peu à peu et s'accommode à la grosseur de l'instrument qu'il contient. La destruction se fait à l'aide d'un agent chimique ou mécanique: le caustique ou l'instrument tranchant. C'est au praticien à choisir le moyen qui doit le mieux convenir aux cas qui se présentent à lui; mais ce choix est souvent d'une extrême difficulté; il exige des connaissances anatomiques d'une grande précision, et suppose l'étude approfondie de la maladie qui nous occupe et des résultats divers obtenus par chacun des procédés indiqués ci-dessus. On a beaucoup écrit sur ce sujet et peut-être pourrait-on attribuer à la préférence exclusive de chaque auteur pour le moyen qu'il préconise, l'incertitude qui règne encore assez généralement à l'égard de cette question importante. Ainsi, Everard Home ne voit que la cautérisation; Charles Bell n'admet que la dilatation; le professeur Boyer, dans le chapitre de son *Traité des maladies chirurgicales* qui a pour objet le

rétrécissement de l'urètre, ne fait même pas mention de la cautérisation parmi les moyens curatifs. Le docteur B. Philipps s'est efforcé dans son ouvrage de tracer le parallèle de la dilatation et de la cautérisation ; de faire ressortir les avantages et les inconvéniens de chacun de ces moyens, et d'assigner les circonstances où l'un des deux doit être préféré à l'autre.

Quelques considérations d'anatomie et de pathologie remplissent les cinquante premières pages du livre qui nous occupe. Il était bon, avant de décrire des opérations qui doivent être pratiquées dans le canal de l'urètre, d'en déterminer la longueur, la largeur, la structure, la direction, etc. L'auteur s'arrête à dessein sur la reproduction des membranes muqueuses : « Si la destruction de ces membranes, dit-il, ne peut être produite sans danger, si leur régénération n'a jamais été vue, on devra en conclure que le seul traitement auquel on doive recourir contre le rétrécissement de l'urètre est la dilatation ; mais si au contraire on peut démontrer que ces membranes sont susceptibles de se reproduire, le chirurgien ne sera plus renfermé dans une limite aussi étroite. » Après une discussion dont les auteurs français font presque tous les frais, il admet que les tissus muqueux accidentels offrent avec les vrais tissus muqueux une analogie de structure et de fonctions assez évidente pour renverser plusieurs des objections qui ont été élevées contre la cautérisation du canal de l'urètre, opération pour laquelle il a une grande prédilection, parce qu'elle lui a réussi très-souvent ; on conçoit facilement toute l'importance de cette discussion préliminaire.

Le docteur Philipps a consacré une bonne partie de son livre à l'urétrite ; ce chapitre est bien traité ; mais le mérite ne lui en appartient point. Qu'il ait lu avec soin les auteurs français, qu'il en ait fait de nombreuses citations, jusque-là il est digne d'applaudissemens ; mais il n'est permis à personne de copier textuellement un ouvrage écrit en une autre langue et de donner une traduction pour une œuvre de sa propre création. Son chapitre de l'urétrite n'est qu'une traduction presque littérale de l'article *Blennorrhagie* inséré par MM. Cullerier et Ratier au 4.e volume du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* ; il produit, comme lui appartenant, les observations propres aux auteurs français. La partie la plus intéressante de son ouvrage est celle où il est traité du rétrécissement de l'urètre et de sa cure. Suivant lui, la méthode de la dilatation, qui est presque toujours accompagnée de graves inconvéniens, est inapplicable à la grande majorité des cas ; car la plupart des rétrécissemens sont un effet de l'induration qui existe dans les parois du canal ; cette induration ne peut disparaître que par l'absorption, et lorsque l'induration est ancienne, cette absorption ne pouvant plus avoir lieu, les bougies peuvent tout au plus dilater momentanément le canal, et les récidives sont presque

inévitables. Ainsi, la dilatation ne peut avoir de bons résultats que dans les cas de rétrécissemens très-récens. Dans tous les autres, la cautérisation doit avoir la préférence. Il y a quelques cas où le rétrécissement est tel qu'il est impossible d'y faire pénétrer le caustique; pour obtenir une dilatation suffisante, le docteur Philipps a inventé un instrument qui n'est autre chose qu'une tige d'argent assez flexible pour prendre les courbures qu'on veut lui donner, et terminée par quatre petits tranchans qui se croisent à angle droit et vont aboutir à une pointe commune. Cette méthode lui paraît de beaucoup préférable à la cautérisation d'avant en arrière, et à l'introduction d'une bougie contre l'obstacle. Dans les cas où le rétrécissement est de nature valvulaire, où cette espèce de valvule cède devant la bougie, dans ceux où l'induration est telle que les tissus ont acquis une consistance cornée, où le rétrécissement a peu d'étendue, où enfin on a des raisons pour vouloir détruire très-promptement la coarctation, il emploie l'instrument tranchant. L'instrument qu'il a imaginé pour cet objet est terminé par un tranchant circulaire; on l'introduit dans l'urètre caché dans une canule; lorsque la canule est arrivée au rétrécissement, un stylet qui est logé dans l'intérieur de l'instrument tranchant est introduit dans la portion rétrécie de l'urètre et sert à maintenir l'instrument dans la position convenable. Alors on pousse le tranchant circulaire contre le rétrécissement, on lui imprime en même temps quelques mouvemens semblables à ceux du trépan, et en peu d'instans la partie indurée est séparée. Le docteur Philipps cite des cas où ce moyen lui a très-bien réussi.

L'intérêt de cet ouvrage est augmenté par une série d'observations assez curieuses qui sont propres à l'auteur; les jeunes chirurgiens trouveront dans ce livre quelques bons conseils exprimés avec une grande clarté. Voici, du reste, ses principales conclusions: le rétrécissement du canal de l'urètre est toujours causé par l'inflammation soit aiguë, soit chronique de sa membrane muqueuse et du tissu sous-jacent. — Si la rétention d'urine est produite par une inflammation aiguë, il faut recourir au traitement anti-phlogistique; si ce dernier échoue, la ponction de la vessie est le seule voie de salut. — Lorsque l'occlusion du canal est due à une inflammation chronique, on peut espérer quelque succès des injections forcées. — Dans le début d'un rétrécissement organique, lorsque l'absorption de la matière de l'engorgement est encore possible, la guérison peut-être obtenue par une compression exercée par l'introduction convenablement dirigée des bougies. — Au contraire, si l'induration des parois du canal est ancienne, les bougies ne peuvent produire qu'une amélioration passagère et ne sont pas exemptes de graves inconvéniens. — Quand l'induration est considérable, on ne peut en obtenir la guérison qu'en la détruisant par la cautérisation ou l'instrument tranchant. — Après

l'emploi de la cautérisation suivi du succès, il est tout-à-fait inutile de recourir à la dilatation consécutive. — On ne doit jamais employer la cautérisation à la partie antérieure de l'obstacle. — Tous les cas, sauf un très-petit nombre qui sont remarquables par une idiosyncrasie particulière, peuvent être traités par la cautérisation, avec les soins et l'habileté convenables. — Sous l'influence de certaines circonstances qui sont discutées dans l'ouvrage, l'instrument tranchant peut être employé avec les résultats les plus avantageux.

Bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris. Année 1832, *Nos* 7, 8, 9 *et* 10. *Paris*, 1832.

Il serait à désirer que chaque Société médicale, au lieu de ces bulletins qui ne renferment que des discussions sans consistance ou des observations incomplètes, vagues ou même ridicules, imitât l'exemple de la Société médico-pratique. Les membres judicieux de cette Société attendent pour les publier que les faits ou les mémoires qu'ils se sont communiqués, puissent être recueillis avec fruit pour la science. Le bulletin qu'ils ont fait paraître et dont nous avons tiré une observation très-bonne de M. Laracine, insérée dans notre *Revue générale*, en contient plusieurs autres dont les titres seuls indiqueront l'intérêt : ce sont des observations d'accouchemens devenus très-difficile pour cause de présentation des bras, par M. Laracine ; de l'influence des événemens politiques sur le développement de l'aliénation mentale, par M. Belhomme ; de l'emploi des préparations d'or dans la siphilis, par M. Duhamel ; observations d'accidens cérébraux, suivis de mort sans lésion appréciable dans l'encéphale pour l'expliquer, par M. Sabatier ; observation de plaie d'arme à feu au-dessus du sourcil droit. — Plaie non pénétrante à la partie antérieure et supérieure du cou. — Gangrène du foie, par M. Sabatier ; observ. de fistule stercorale, suivie de réflexions sur l'opportunité de la guérison de cette maladie, par M. Laguerre ; observation de mort sénile, par M. Duhamel ; observation de mort subite, par M. Sadaillon ; observation de luxation spontanée. — Expulsion de la tête du fémur. — Fausse articulation. — Guérison, par M. Jacques.

La rédaction de ce bulletin fait honneur à MM. Jobert, Tanchou et Al. Cayenave, secrétaire-général de la Société, à qui elle est confiée.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JUIN 1833.

Mémoire sur la réunion immédiate et la levée tardive du premier appareil des plaies qui succèdent aux grandes opérations; par M. L. Sazie, *interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique et de la Société phrénologique.*

Les chirurgiens sont loin d'avoir encore étudié avec une attention convenable le traitement des plaies qui succèdent au retranchement si souvent nécessaire de diverses parties du corps; il est même à regretter que parmi les grands maîtres qui ont fait époque dans la science, et dont le génie pénétrant a souvent éclairé les points obscurs de la chirurgie, un trop petit nombre ait cherché à saisir le véritable rapport sous lequel il convient d'examiner la grave question du traitement et de la cicatrisation des plaies qui suivent les opérations. En France, ce n'est guère que de nos jours qu'on en a senti toute l'importance, et ce n'est que depuis un petit nombre d'années que quelques bons esprits se sont spécialement attachés à approfondir ce point de doctrine, qui se rattache de si près aux résultats qu'on obtient dans la pratique. Toutefois, les nombreuses conditions que l'on doit remplir dans le pansement de ces plaies pour assurer le succès de la réunion immédiate, sont sans doute une des

principales causes de la dissidence qui règne encore sur la préférence à donner à des méthodes souvent opposées ; il ne faut pas se dissimuler aussi que des auteurs craintifs, imbus de la pratique et des notions d'un autre âge, et d'une conversion toujours difficile à des idées nouvelles, ont trop souvent repoussé sans examen et comme inexacts ou insuffisans, des faits nombreux qu'une expérience longue et variée semblait avoir irrévocablement établis. Au milieu de ces controverses, la vérité, dépouillée pour ainsi dire de son caractère, ne conserve plus qu'un bien faible ascendant, et trop souvent, après de longues oscillations, elle demeure long-temps éclipsée jusqu'à ce qu'on la fasse de nouveau revivre dans tout son jour. Ces vérités, l'histoire de la réunion immédiate ne les confirme que trop souvent, et l'on est obligé de convenir que, pour le sujet qui nous occupe, les efforts de l'antagonisme ont été rarement suivis de résultats heureux. Quoi qu'il en soit, nous allons établir sur de nouveaux faits la préférence que nous semble mériter la réunion immédiate sur la réunion secondaire; nous établirons également sur des faits, et contrairement aux idées reçues jusqu'ici, l'avantage qu'il y a pour le succès de la réunion immédiate, de ne lever que tard le premier appareil, en même temps que nous examinerons quelques autres conditions d'une égale importance pour parvenir à ce résultat.

Sans vouloir passer en revue les opinions contradictoires que les auteurs ont émises jusqu'à nos jours sur le traitement des plaies traumatiques, nous croyons utile de retracer ici quelques données générales sur ce sujet, avant d'arriver à l'exposé des faits par lesquels nous espérons prouver les avantages de la réunion par première intention, et de la levée tardive du premier appareil.

Les écrits du Père de la médecine ne renferment aucun document qui prouve que la réunion immédiate lui était connue; Hippocrate ne provoquait la cicatrisation des plaies

faites par des corps tranchans ou contondans, qu'après y avoir pendant quelque temps entretenu la suppuration ; il les recouvrait de substances actives pour y déterminer sans retard la formation du pus et prévenir ainsi l'inflammation ou la rendre moins intense si déjà elle s'en était emparée ; ce n'est qu'après avoir entretenu pendant quelque temps cette élaboration, qu'il avait recours aux dessicatifs pour tarir la source du pus et provoquer la formation de la cicatrice. Quant aux plaies faites par l'art, Hippocrate n'ayant recours aux opérations et surtout à l'amputation des membres que dans des circonstances extrêmes, ordinairement dans des cas de gangrène, lorsque l'inflammation et la suppuration avaient tracé la limite entre les parties sphacélées et celles où la vie se conservait intacte, il est à croire qu'il n'aurait pas non plus osé prévenir, par la réunion immédiate, ces plaies d'une suppuration qu'il regardait comme le résultat heureux des efforts réparateurs de l'organisme ; par suite il proscrivait en général les bandages, et de la sorte laissait à la nature tous les frais de la cicatrice.

Il faut franchir, dans l'histoire de l'art, un vide de près de cinq cents ans pour arriver jusqu'à Celse, dont le génie a aggrandi le domaine de la médecine par des découvertes et des préceptes qui font la gloire de son siècle et l'admiration du nôtre. Tout en posant, pour l'amputation des membres, les règles les plus sages, et qui depuis ont à peine reçu quelques modifications, cet homme célèbre recommande de conserver assez de peau pour recouvrir l'os, et mettre les lèvres de la plaie dans un contact immédiat par la suture ou autres moyens, selon les cas.

Ces sages préceptes, qui sembleraient n'avoir eu besoin que de peu d'efforts pour être bientôt portés à leur perfection, sont restés, pendant près de dix-sept cents ans, ensevelis dans l'oubli le plus profond, jusqu'à ce que parut en 1679, James Young, qui, cherchant à prouver, contrairement aux idées reçues de son temps, la possibilité de la

guérison du moignon sans exfoliation de l'os, se constitua le défenseur de la réunion immédiate; nous devons dire, du reste, qu'il en avait puisé l'idée première dans la pratique ou les écrits d'un habile chirurgien son contemporain, Lowdham d'Exeter. Cette croyance de l'exfoliation nécessaire de l'os était si générale dans ces temps de préjugés, qu'aucun chirurgien ne se serait hasardé à rapprocher les lambeaux après les amputations pour les réunir par première intention. Aussi est-ce à James Young principalement et à Lowdham, qu'est due la gloire d'avoir détruit une erreur aussi funeste, en mettant au grand jour tous les avantages de la réunion immédiate. Young établit en principe que la guérison était souvent obtenue en trois semaines par la réunion primitive; que cette méthode était, par conséquent, beaucoup plus expéditive en n'exigeant pas le quart du temps ordinaire; qu'il n'y avait ni suppuration ni exfoliation; que le danger de l'hémorrhagie était moindre et la plaie moins exposée aux injures extérieures; qu'elle supportait mieux la pression qu'exerce une jambe de bois, etc.

Il était naturel que des idées aussi nouvelles rencontrassent beaucoup d'antagonistes, et parmi eux O'Halloran, en 1765, est celui qui parut le plus craindre l'inflammation et la formation d'abcès à la suite de l'application immédiate des lambeaux. Persuadé, d'après ces idées, que la plaie ne pouvait guérir sans suppurer, ce chirurgien en pansait les lèvres à part pendant huit à dix jours, avant de les appliquer l'une à l'autre. Ces préceptes de O'Halloran sont depuis long-temps bannis de la saine pratique, et ne se trouvent plus que dans l'histoire de l'art.

Au milieu des disputes qui s'élevèrent vers la fin du dix-huitième siècle parmi les hommes de l'art, sur la meilleure manière d'inciser les chairs pour prévenir la conicité du moignon et la saillie de l'os, Sharp, blâmant dans ces cas l'insuccès du bandage circulaire autour du moignon, proposa, comme moyen efficace, de réunir la plaie comme on

le faisait autrefois, et d'en assurer le contact permanent par la suture. Mais il paraît que sous le prétexte de la douleur que cause la suture, et de quelques autres inconvéniens qu'on lui reprocha, la réunion ne fut point adoptée et fut bientôt après délaissée par Sharp lui-même.

Cependant à une époque déjà plus rapprochée (1779), Alanson, dont le but principal était de s'opposer à la saillie de l'os et d'obtenir promptement la guérison après l'amputation de la cuisse, se livra à une série de recherches qui rendirent son nom célèbre dans la science et cher à l'humanité. Il blâma les dénudations étendues du périoste, proposa plusieurs modifications à l'incision des parties molles pour pouvoir les affronter aisément et en obtenir la réunion par première intention; recommanda la ligature exacte de tous les vaisseaux à la surface de la plaie, et, ces précautions prises, insista vivement pour la réunion immédiate. Pour assurer l'adhésion primitive, il croit avantageux de réunir la plaie transversalement en en ramenant les lèvres d'avant en arrière, d'en réunir les ligatures aux deux angles, et il conseille de ne pas élever le moignon de plus de deux ou trois travers de doigt au-dessus du niveau du lit pour ne point rétracter les muscles de la partie postérieure, et les mettre au contraire dans un état de relâchement convenable. Ce grand chirurgien ajoute qu'en procédant ainsi on évite les exfoliations, qu'il n'y a presque pas de suppuration; que la guérison est plus prompte qu'à l'ordinaire, et que le moignon conserve une forme plus avantageuse.

Déjà Hunter avait mis au jour un savant traité dans lequel il s'occupa spécialement de la réunion immédiate et des diverses applications qu'on peut en faire, lorsqu'en 1796 parut avec non moins d'éclat le *Traité des plaies*, par J. Bell. Dans cet ouvrage, riche de faits habilement commentés, l'auteur adopte, à quelques modifications près, les idées d'Alanson sur cette matière; mais il eut surtout le mérite de bien pénétrer le mécanisme de la réunion immédiate, et

d'indiquer parfaitement la plupart des circonstances qui peuvent la favoriser ou la faire échouer. Sur ce sujet, comme sur bien d'autres, tout ce qu'on lit de lui porte l'empreinte du génie.

Desault, en 1783, exposait à ses nombreux élèves les principes de la réunion. Vers cette époque, ce chirurgien célèbre la mit en pratique pour un cas d'amputation de la cuisse, et eut la satisfaction de voir la plaie guérie le 22.e jour. Desault paraît même avoir eu grande confiance en la réunion immédiate; il l'employa en 1792 dans deux amputations, l'une de l'avant-bras, l'autre de la cuisse; et Bichat, son illustre élève, semble insinuer qu'elle lui était familière.

A cette même époque, le savant professeur Sabatier ne resta pas étranger à la question qui commençait à s'agiter en France, et déjà depuis long-temps favorablement résolue par les chirurgiens anglais. Dans la première édition de la *Médecine opératoire*, en 1796, cet auteur s'exprimait ainsi au sujet de la réunion immédiate : « J'ai plusieurs fois essayé la manière d'amputer et de panser des Anglais, elle m'a procuré des plaies dont la surface avait moins d'étendue que lorsque j'opérais et que je pansais selon les méthodes usitées parmi nous; mais je n'ai jamais pu parvenir à en faire des plaies simples et qui pussent se réunir sans suppurer; j'ignore si mes confères ont été plus heureux; plusieurs m'ont parlé de succès surprenans; des malades ont guéri en dix jours. »

Le vénérable professeur Dubois, dont les savantes leçons appelaient au commencement de ce siècle un si grand nombre de chirurgiens à Paris, faisait ressortir dans ses cours les avantages de la réunion immédiate. M. Richerand dit qu'il en obtenait des succès non moins nombreux que les chirurgiens anglais. Bientôt l'auteur de la *Nosographie chirurgicale* s'occupa lui-même de la réunion immédiate, dans la première édition de son ouvrage; et quoiqu'à cette

époque il ne l'eût employée qu'une fois, il donne cependant le précepte de la tenter dans tous les cas après l'amputation, lors même que diverses circonstances ne permettraient pas de l'espérer; il ajoute qu'il ne peut y avoir d'inconvénient à recouvrir le moignon avec les lambeaux des tégumens conservés. M. le professeur Richerand qui, comme on le voit, s'était d'abord contenté de conseiller la réunion, l'a lui-même employée depuis longues années dans la plupart des amputations qu'il a pratiquées, et les succès par cette méthode ont été aussi nombreux entre ses mains que le font présumer à l'avance le rare mérite et l'habileté de l'opérateur.

Cependant à la même époque (1810), Pelletan, dont la réputation chirurgicale était devenue européenne, tout en parlant des dangers trop souvent funestes d'une large plaie en suppuration après l'amputation, crut pourtant pouvoir se déclarer avec force contre la réunion immédiate. Le plus puissant et presque l'unique reproche qu'il lui adressait était l'hémorrhagie qu'il avait si fréquemment vu survenir dans ce cas, les infiltrations qui en étaient la suite, et les suppurations étendues qui se terminaient si souvent d'une manière fâcheuse. Mais si à cette même époque la réunion immédiate était défendue et conseillée d'après des faits sévèrement observés par ses collègues les plus recommandables, il n'en est pas moins satisfaisant de trouver dans les travaux même de ce célèbre professeur la cause du vice de ces conclusions et même des argumens pour les réfuter.

On voit combien, jusqu'à cette époque, les idées des chirurgiens français sont demeurées incertaines et vagues sur les avantages de la réunion immédiate, quoique depuis long-temps l'accord unanime des Anglais à cet égard semblât avoir définitivement résolu la question. A peine, il faut l'avouer, trouve-t-on en France quelques écrivains qui, au milieu d'antagonistes nombreux et toujours re-

naissans, aient plaidé la cause de la réunion avec persévérance et talent. Mais depuis elle a trouvé des dignes défenseurs dans MM. Maunoir, Delpech, Roux, etc., qui, dans divers endroits de leurs ouvrages, ont traité la question d'une manière digne de leur haute célébrité chirurgicale. Plus récemment encore M. Serres lui a consacré un traité *ex professo* aussi riche de faits que fort de logique.

Dans cet aperçu sur l'histoire de la réunion immédiate, les auteurs ne nous ont rien offert qui mérite d'être mentionné sur l'époque la plus convenable de renouveler le premier appareil des plaies que l'on a traitées selon cette méthode. Dans l'enfance de l'art, les moyens insuffisans et grossiers en usage pour suspendre le cours du sang dans les opérations, devenaient la cause fréquente d'hémorrhagies secondaires qui nécessitaient la levée de l'appareil peu de temps après son application, afin d'arrêter le cours du sang par les caustiques ou le tamponnement. Aussi n'avons-nous pas besoin de dire combien étaient funestes les suites des opérations, combien était rare ou difficile à obtenir la cicatrisation des plaies ainsi désorganisées; mais plus tard, lorsque la ligature des artères fut perfectionnée, qu'on n'eut plus à craindre de voir l'hémorrhagie survenir après les grandes opérations, la plupart des chirurgiens furent encore pour ainsi dire machinalement portés à lever la totalité ou une plus ou moins grande partie du pansement à une époque très-rapprochée de l'opération, le plus souvent avant le quatrième ou cinquième jour. Nous avons nous-même entendu quelques-uns de nos chirurgiens les plus célèbres discuter longuement s'il est plus convenable de lever les pièces extérieures de l'appareil le lendemain de l'opération, et d'attendre au quatre ou cinquième jour avant de le renouveller. Cette erreur nous semble s'être jusqu'ici conservée dans la pratique, pour ainsi dire, avec le caractère des préjugés, et nous paraît tenir à ce qu'on n'a jamais attentivement suivi la marche

de la cicatrisation pendant qu'on s'est formé des idées singulièrement exagérées sur les propriétés nuisibles du pus et les dangers de son contact prolongé avec la plaie. Nous aurons occasion plus tard d'examiner quelques questions qui se rattachent à ce point de doctrine, et nous espérons les résoudre, d'après les faits, à l'avantage de notre opinion. Disons ici que c'est surtout aux belles recherches de M. le baron Larrey que nous devons d'avoir vu M. Maréchal faire l'essai de la levée tardive du premier appareil dans les cas de réunion immédiate après les grandes opérations. Mais avant d'entrer dans aucune considération à ce sujet, nous rapporterons l'histoire de plusieurs sortes d'opérations traitées d'après cette méthode, et dont les succès et les revers comparatifs sont tout en sa faveur.

Mais d'abord nous croyons utile de consigner ici une des observations si remarquables rapportées par M. Larrey, dans laquelle la fracture complète de l'avant-bras, compliquée de large plaie aux tégumens, guérit parfaitement à la faveur de l'appareil inamovible laissé long-temps à demeure. Elle a pour nous du prix, soit comme ayant conduit à faire aux plaies suites d'opérations l'application de la méthode suivie par cet auteur pour les fractures compliquées de plaies, soit comme preuve du peu de danger, et même des avantages du premier pansement laissé à demeure sur des plaies étendues.

I.re *Obs.* — *Plaie profonde de l'avant-bras droit avec division complète et fracas de ce membre; levée du premier appareil le quarante-cinquième jour; plaie en partie cicatrisée; commencement de soudure des os, etc.; appareil laissé de nouveau en place pendant 20 jours; cicatrisation de la plaie presque terminée; soudure des os également très-avancée; guérison complète après le quatrième mois.* — J. Marie Brobant, âgé de 36 ans, sergent-major du 3.me régiment de la garde, entra à l'hôpital du Gros-Caillou en novembre 1827, pour y être traité d'une plaie

profonde de l'avant-bras droit avec division complète et fracas de ce membre, résultat d'un coup de sabre qu'il venait de recevoir de la main d'un adversaire fort et robuste.

« En effet, dit M. Larrey, à notre visite qui eut lieu peu d'heures après l'entrée de ce militaire à l'hôpital, nous trouvâmes à la partie moyenne et externe ou dorsale de l'avant-bras, une plaie qui divisait transversalement, du bord radial au bord cubital, avec les tégumens, les rameaux du nerf cubital, toute l'épaisseur des trousseaux charnus des muscles extenseurs de la main et du doigt, jusqu'aux deux os qui étaient coupés dans toute leur épaisseur, avec éclats aux fragmens. Le tranchant de l'instrument, bien qu'il ne fût pas très-acéré, avait encore entamé assez profondément la face interne du muscle fléchisseur commun et profond des doigts; les artères radiale et cubitale avaient cependant échappé à l'action de l'instrument, mais une hémorrhagie fournie par les artères inter-osseuses et qui s'était manifestée à l'instant du coup, avait considérablement affaibli le blessé. L'extrémité de l'avant-bras et la main étaient renversées et comme séparées du reste du membre. »

« Assurément cette solution de continuité indiquait la séparation ou la section totale de cette extrémité; ainsi le pensaient un grand nombre de médecins qui assistaient à notre visite un jour de clinique. Malgré leur jugement et la gravité de la blessure, je voulus essayer l'emploi de mon appareil inamovible, et après l'avoir fait préparer, je procédai au pansement; nous exerçâmes d'abord une compression méthodique sur les doigts, la main et le poignet, puis nous débridâmes cette plaie transversale haut et bas dans une assez grande étendue pour ne point laisser de brides dans la portion coupée et déchirée de l'aponévrose anti-brachiale; nous réséquâmes ensuite deux pointes osseuses que présentaient les deux fragmens du cubitus, et nous fîmes l'extraction de plusieurs esquilles des deux fragmens du radius; enfin, nous égalisâmes avec la tenaille incisive les quatre

fragmens angulaires des os pour pouvoir les mettre en contact au moment de sa réduction. La portion supérieure de la masse charnue de l'extenseur commun des doigts étant écartée de l'inférieure, je les maintins réunies au moyen de deux anses de fil que je passai perpendiculairement avec mes aiguilles rondes, fines et courbes, dans l'épaisseur de ces deux trousseaux charnus. Les fragmens des deux os furent mis dans un rapport mutuel, les bords de la plaie rapprochés et fixés en contact par des bandelettes agglutinatives croisées en tous sens; un aide habile soutenait l'avant-bras et la main immobiles et dans une demi-flexion ; un linge fenêtré enduit d'une couche d'onguent balsamique couvrait toute la coupure ; des gâteaux de charpie appliqués par dessus ; des compresses imbibées de la liqueur tonique sédative et un bandage à plusieurs chefs terminèrent le pansement. Ce premier appareil et le membre lui-même furent protégés et soutenus par deux petits fanons de paille soutendus dans une toile appropriée et fixés en rapport par des liens ; tout l'avant-bras fut suspendu dans une large écharpe; enfin nous prescrivîmes le régime indiqué en pareil cas. »

« De légers orages étant survenus du deuxième au troisième jour, nous fîmes faire une saignée du bras, et l'on continua les boissons rafraichissantes, ainsi que les potions anodines. Dès le cinquième jour, le blessé se trouva soulagé et dans le meilleur état possible. Aucun accident notable ne s'est offert pendant le traitement, et bien que la suppuration se manifestât par dessus l'appareil, il ne fut levé que le quarante-cinquième jour. Nous trouvâmes les angles de la plaie cicatrisés, le centre garni de bourgeons charnus, et plusieurs points des os fracturés dans un commencement de soudure. Cependant, après avoir coupé les deux anses de fil qui avaient réuni les trousseaux charnus, nous appliquâmes un nouvel appareil contentif, et nous remîmes l'avant-bras dans le même état de flexion. Nous laissâmes encore ce nouvel appareil en place une vingtaine de jours. A cette époque,

la cicatrice, à l'exception de deux petits trous fistuleux, se trouva terminée et la soudure des os nous parut être très-avancée. Il se fit néanmoins, par ces petites ouvertures, une exfoliation de plusieurs petites esquilles. Enfin après le quatrième mois, la cicatrice des parties molles et la soudure des os furent complètes ; l'avant-bras, avec une légère déviation vers le bord radial, offre environ quatre lignes de raccourcissement et une dépression un peu profonde au lieu de la cicatrice ; ce militaire a conservé les mouvemens de flexion à tous les doigts ; il n'éprouve de gêne que dans l'extension de la main. »

M. Larrey cite encore, entre autres observations, celle d'une fracture de la jambe, accompagnée d'une large plaie aux tégumens, qui fut débridée dans une grande étendue et dont la cicatrice fut trouvée complète, en même temps que la fracture consolidée, à la levée du premier appareil qui eut lieu le soixante-unième jour.

Cet auteur rapporte aussi l'histoire d'un chef de bataillon qui subit la désarticulation de l'épaule à la retraite de Moscow, et dont la plaie fut trouvée parfaitement guérie à son arrivée en France, sans avoir été pansée une seule fois.

II.e *Obs. — Tumeur carcinomateuse dans la région orbito-parotidienne ; extirpation ; réunion immédiate de la plaie, fistule salivaire consécutive ; levée du premier appareil le douzième jour ; guérison le dix-neuvième.* — Pierre-Deshayes, couvreur, âgé de 51 ans, d'une bonne constitution, à tempérament sanguin-bilieux, porte, à la partie externe de l'orbite gauche au-devant de l'apophyse zygomatique, une excroissance carcinomateuse irrégulièrement pyramidale ayant environ 22 lignes de hauteur. N'ayant dans le principe que les caractères d'une verrue ordinaire, elle a fait, dans l'espace d'un an, des progrès rapides, quoique le malade n'en ait jamais hâté le développement par des applications irritantes. Sa surface est sillonnée par des ulcérations étendues qui fournissent un ichor

fétide ; le malade y éprouve des douleurs vives et lancinantes.

Au-dessous d'elle, implantée dans la région parotidienne, entre l'apophyse zygomatique, la branche de l'os maxillaire et l'oreille externe, existe une autre tumeur d'un volume beaucoup plus considérable, très-adhérente en haut où elle semble faire corps avec la parotide ou les tissus fibreux qui l'enveloppent, et séparée par une languette de peau saine d'avec le carcinome ci-dessus auquel elle n'envoie point de prolongement. Elle s'étend en bas, jusque vers la partie moyenne du cou et déborde dans son autre diamètre l'os maxillaire et l'oreille externe qu'elle rejette en arrière. La peau qui la recouvre, est tendue, rouge, mais non-ulcérée. Cette tumeur, quoique très-dure dans certains points, n'est pourtant le siége que de douleurs légères qui sembleraient ne point révéler un cancer ou du moins un cancer avancé. Son origine date de l'apparition du carcinome orbitaire et semble avoir pour cause le dépôt, sur les ganglions cervicaux, de l'ichor cancéreux par les vaisseaux lymphatiques de la tempe.

L'opération fut pratiquée le 28 juin par M. Maréchal : le carcinome de l'orbite fut circonscrit par deux incisions sémi-lunaires dont on disséqua les lambeaux pour enlever plus sûrement le mal, au-delà de ses racines, près de son insertion à l'arcade zygomatique ; l'aponévrose temporale fournissait quelques adhérences à la tumeur et dût subir une légère perte de substance. Plusieurs artères furent liées, dont une, terminaison d'une des divisions de la temporale superficielle, avait un assez fort calibre et présenta des difficultés pour être embrassée par ce fil, à cause du tissu serré qui l'entourait et qui empêchait de la saisir.

On pratiqua ensuite sur la tumeur de la région parotidienne deux incisions verticales et elliptiques qui permirent d'en découvrir la surface par la dissection de la peau. Quoiqu'on n'eût pu déterminer à l'avance les limites de la tumeur du côté de la parotide, on fut surpris de la profondeur

à laquelle elle pénétrait. La dissection en fut longue et difficile; un grand nombre d'artères furent ouvertes et liées; plusieurs traversaient la tumeur dans différens sens; la transversale de la face était surtout remarquable par son augmentation de diamètre.

Les bords de cette large plaie furent ensuite rapprochés et maintenus en contact par des points de suture et des bandelettes agglutinatives. On acheva le pansement avec un linge fenêtré enduit de cérat, des gâteaux de charpie et un bandage convenable. La plaie orbitaire, ne pouvant être réunie, fut pansée à plat.

Comme on avait pu le prévoir, la tumeur était formée par les ganglions superposés à la parotide, confondus entr'eux, la plupart d'une dureté remarquable, et dont quelques-uns passaient déjà à l'état de ramollissement. Une portion de la partie supérieure de la parotide se confondait avec la tumeur et fut enlevée dans la dissection. La tumeur de l'orbite était formée par un carcinome à l'état complet de ramollissement.

On put vérifier sur ce malade, comme on s'y était attendu, quelques-unes des belles expériences de Charles Bell sur les nerfs de la face; au milieu de l'opération, plusieurs filets du nerf facial ayant été coupés, le malade ne put fermer entièrement l'œil de ce côté; la paupière supérieure exécutait bien quelques mouvemens, mais ils étaient insuffisans pour la mettre en contact avec l'inférieure; la commissure labiale de ce côté était également abaissée et la bouche déformée; mais le sentiment subsistait dans toutes ces parties.

Le jour même de l'opération, le malade n'eut qu'un peu de fièvre le soir, sans douleurs à la tête. Le lendemain, la fièvre était moindre; il se trouvait bien, mais la paupière inférieure était un peu tuméfiée; on continue la prescription de la veille: (Limonade, potion calmante, et l'on accorde un bouillon.)

22. Toujours bien, point de douleurs de tête, mais le gonflement ayant augmenté, les circulaires de bande causèrent de la gêne et un peu de douleur au côté opposé de la tête sur lequel elles portaient plus immédiatement.

23. La douleur est devenue plus vive ; le gonflement des paupières a beaucoup augmenté et s'est étendu à la commissure des lèvres qu'il déprime davantage. On relâcha les jets de bande, les plus extérieurs, et le lendemain, le gonflement et la douleur avaient entièrement disparu.

1er juillet, le malade continue d'aller parfaitement jusqu'au douzième jour de l'opération où l'on renouvelle pour la première fois le pansement. Les pièces de l'appareil étaient pénétrées de pus qui s'y était concrété et exhalait une odeur de moisissure qu'on avait dû masquer par des lotions chlorurées ; la plaie fut trouvée dans l'état le plus satisfaisant ; la réunion en avait été obtenue dans presque tous ses points, excepté aux deux angles où l'on avait rassemblé les ligatures. Cette adhérence procédait du fond de la plaie d'où la compression ne fesait point sourdre de pus. Plusieurs ligatures se détachèrent, on enleva les points de suture, et l'on remit des bandelettes pour soutenir la cicatrice et en favoriser la consolidation.

Le lendemain, on observa que les compresses étaient trempées de salive qui s'écoulait par l'angle supérieur de la plaie où la parotide avait été intéressée. On cautérisa ce point pendant quelques jours avec du nitrate d'argent fondu, en même temps qu'on y exerçait une légère compression avec des disques d'agaric. La guérison complète de cette plaie anfractueuse et celle de la fistule salivaire accidentelle eut lieu le dix-neuvième jour de l'opération, au moyen d'une cicatrice presque partout linéaire et à peine apparente, résultat de la réunion immédiate aidée du séjour prolongé du premier appareil. La plaie orbitaire, quoique de dimensions infiniment moindres et dont la cicatrice dut se faire de toutes pièces par développement de bourgeons

charnus et formation du tissu fibreux, n'eut lieu que plus d'un mois après, la réunion immédiate n'en ayant pu être pratiquée.

Cette observation ne fait guère ressortir les avantages de cette méthode que pour la promptitude de la guérison, même dans une région du corps où elle semblait devoir échouer. Mais il en est d'autres plus importans que nous aurons bientôt occasion de signaler.

III.° *Obs.* — *Tumeur celluleuse et vasculaire située au-dessous de la clavicule gauche; extirpation, réunion immédiate, cicatrisation linéaire de la plaie le* 21.° *jour.* — Catherine Molé, âgée de 50 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, douée de beaucoup d'embonpoint, et ayant toujours joui d'une bonne santé, venait de subir l'extirpation d'une tumeur cellulo-vasculaire située au-dessus de la clavicule gauche, lorsque peu de temps après elle s'aperçut de l'apparition au-dessous du même os, entre le sein et l'aisselle correspondans, d'une seconde tumeur qui suivait à son début la même marche d'accroissement que celle dont on avait fait l'extirpation. Trop sensible encore au souvenir de la douleur que lui avait causée cette première opération, la malade ne voulut point écouter les sages conseils d'un chirurgien habile qui lui proposa de la débarrasser de ce nouvel ennemi encore à peine formé, mais dont les progrès ne manqueraient pas, disait-il, de devenir bientôt inquiétans. Toutefois ce ne fut que quelques années après que cette seconde tumeur eût acquis un volume considérable qui força la malade à surmonter sa répugnance pour toute opération sanglante, et à implorer les secours de l'art. A cette époque en effet elle avait envahi la région de la glande mammaire, faisait saillie dans le creux de l'aisselle, causait une grande gêne, et par le grand accroissement qu'elle avait pris, présentait l'aspect d'un sein surnuméraire de dimension insolite. Elle ne donnait lieu qu'à des douleurs peu vives, était violacée à sa surface,

mais ne se laissait point déprimer par la compression. Sa circonférence était sillonnée par une infinité de vaisseaux hypertrophiés qui, les uns pénétraient son tissu, les autres venaient se ramifier et s'anastomoser à sa surface où ils dessinaient une infinité de zones variables par leur surface et leur étendue. On sentait distinctement à une certaine profondeur les battemens d'une artère qui pénétrait dans la tumeur du côté de sa face interne; du reste, la tumeur n'adhérait point aux côtes, et était susceptible de quelque déplacement. Pour toutes ces raisons, comme aussi à cause de l'accroissement rapide qu'elle avait pris en dernier lieu, plusieurs médecins qui l'examinèrent attentivement purent raisonnablement la juger d'une nature fongueuse-sanguine, quoique par sa consistance et sa densité elle parût plutôt de nature cellulo-fibreuse ou lipomateuse.

L'ablation fut fixée au 20 septembre. Quoique la tumeur eût un grand volume, l'opération fut des plus simples; deux incisions semi-lunaires, verticales, et se correspondant par leur concavité, circonscrivirent la base de la tumeur en n'intéressant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Quelques coups de bistouri suffirent ensuite pour la détacher des muscles pectoraux avec lesquels elle n'avait que des rapports de contiguité. Les artères mammaires externes avaient surtout pris un grand développement, et l'on dut en lier un grand nombre d'autres. La plaie était profonde à cause de l'obésité de la malade, et très-étendue surtout dans le sens vertical. Cependant à la faveur de l'extensibilité de la peau, il fut possible d'en pratiquer et d'en assurer la réunion immédiate au moyen de bandelettes agglutinatives et d'un bandage approprié, sans avoir besoin de recourir à la suture. La malade, remise dans son lit, on lui recommanda le calme et le repos le plus parfait. Le bras fut assujetti contre la poitrine pour prévenir tout mouvement involontaire, et par suite le tiraillement de la plaie. (Limonade, potion avec sirop de pavot blanc, diète.)

La tumeur, entourée d'un kyste fibro-celluleux, était formée dans quelques points par du tissu squirrheux, et partout ailleurs par un réseau vasculaire inextricable, caractère du *fongus-hæmatodes*, des tumeurs sanguines, etc.

Le lendemain de l'opération, la malade, ayant pris clandestinement des alimens apportés du dehors, eut le soir beaucoup de fièvre et des douleurs de tête assez vives pour nécessiter la saignée.

Ces orages s'étaient entièrement dissipés le 3.ᵉ jour, mais la malade éprouvait alors des douleurs assez vives le long du bras correspondant. Elles parcouraient le trajet des nerfs qui émanent du plexus brachial, et dont quelques branches avaient été coupées dans l'opération; mais elles se sont presqu'entièrement dissipées les jours suivans, et la malade est arrivée au 12.ᵉ jour de l'opération sans autre accident.

A la levée du premier appareil, qui était pénétré de pus et de sérosité sanguinolente, on trouva la plaie cicatrisée, si ce n'est aux points où l'on avait rassemblé les ligatures, et à l'un de ses angles, dans l'étendue d'un demi-pouce. En ce lieu la réunion obtenue dans la profondeur de la plaie, semblait n'avoir échoué au niveau de la peau que par l'effet de quelque tiraillement. Quelques ligatures se détachèrent, la plaie fut de nouveau pansée, et la cicatrice soutenue par de nombreuses bandelettes agglutinatives.

Chacun des jours suivans on changea l'appareil; les ligatures achevèrent bientôt de tomber, et les progrès de la cicatrisation furent rapides. Depuis long-temps la malade n'éprouve plus ni douleurs ni engourdissement le long du bras. Enfin, le 11 octobre, la guérison est achevée après vingt-un jours. La plaie est entièrement réunie par une cicatrice linéaire dans presque toute son étendue, et à peine apparente; elle est encore un peu tiraillée dans les grands mouvemens du bras, mais la peau ne tardera pas à acquérir la laxité nécessaire à leur accomplissement.

Obs. IV.ᵉ — *Cancer mammaire parsemé de kystes nombreux ; extirpation ; réunion immédiate de la plaie ; levée du premier appareil le douzième jour, guérison le vingt-troisième.* — Dorange (Marguerite), âgée de 49 ans, à tempérament bilieux, sanguin, n'ayant jamais eu d'autre maladie que la variole, entra à l'hôpital Necker, atteinte au sein gauche d'un cancer parsemé de kystes multiples et d'un certain volume. Cette affection, qui date de huit mois, est intéressante sous plus d'un rapport : quant à son étiologie, la malade affirme n'avoir jamais éprouvé la moindre violence sur le sein et n'y avoir jamais ressenti de douleur dans son jeune âge ; mais elle attribue le développement de sa maladie, à ce qu'à l'occasion d'efforts répétés pour soulever un lourd fardeau, elle ressentit instantanément à l'épaule comme des éclairs de douleurs qui se prolongèrent le long du bras jusqu'à l'extrémité des doigts et retentirent vivement dans la glande mammaire où elles produisirent comme une commotion électrique. Cette sensation persista longtemps dans le sein, où la malade éprouvait des picotemens et un frémissement très-désagréables qui ne cessèrent qu'après que se furent déclarées de véritables douleurs lancinantes. Bientôt après l'accident, le sein se tuméfia à un haut degré, devint dur, et depuis lors la malade a dû y tenir constamment appliqués des cataplasmes émolliens, pour arrêter, s'il était possible, les progrès du mal, et appaiser les douleurs.

La forme de la tumeur est remarquable : arrondie dans son ensemble, elle est surmontée par quatre éminences ovoïdes, dues à des kystes séreux disposés avec une régularité telle que chacun forme l'angle d'un espace quadrilatère au centre duquel le mamelon se dessine. Il en existe encore un grand nombre d'autres irrégulièrement disséminés dans l'épaisseur du sein, et ne faisant point saillie à l'extérieur ; quelques-uns se sont ouverts et ont livré passage à de la sérosité mêlée de quelques grumeaux blanchâ-

tres; aucun ne contenait des hydatides. Ce sont ces kystes qui forment presque seuls toute la masse de la tumeur; car ce n'est que profondément, et à sa base, qu'on sent un engorgement dur, non rénittent et formé par le tissu transformé de la glande : le mamelon, où la malade éprouve des élancemens très-vifs, est converti en un petit champignon carcinomateux ulcéré à sa surface où l'on aperçoit quelques crevasses par lesquelles suinte une sérosité limpide quand on comprime le sein. Du reste, la malade offre les conditions les plus favorables au succès de l'opération ; elle n'a pas d'enfans, son moral est excellent, et l'on ne trouve aucun engorgement dans les glandes axillaires.

L'opération pratiquée le 22 octobre, n'offrit rien de particulier, la tumeur fut embrassée par deux incisions partant du bas de l'aisselle et venant se réunir au voisinage du sternum ; elle fut ensuite détachée facilement à sa face interne, adhérente en quelques points seulement aux muscles pectoraux; on dut lier un grand nombre d'artères, et la réunion immédiate fut ensuite pratiquée au moyen de bandelettes agglutinatives seulement.

L'anatomie pathologique de la tumeur confirma pleinement le diagnostic qu'on en avait porté : c'étaient des kystes de diverse grosseur, remplis d'une sérosité mêlée de grumeaux blanchâtres, dans quelques-uns faciles à isoler du tissu cellulaire extérieur, et tapissés à leur surface interne par une membrane lisse et vasculaire. Le centre de la tumeur était formé presqu'entièrement par du tissu squirrheux déjà ramolli, grisâtre et comme infiltré de matière tuberculeuse. Autour de ce point existait du squirrhe au premier degré, se prolongeant en haut vers le mamelon, qui pouvait en être considéré comme un épanouissement, et formant dans ce trajet des stries qui lui donnaient, à la coupe, une apparence fibreuse très-remarquable.

La malade passa le jour même de l'opération assez heureusement ; le soir elle eut un peu de fièvre, qui, beaucoup moindre le lendemain, permit d'accorder un peu de bouillon. L'alimentation fut dès-lors augmentée sans inconvénient ; trois jours après l'opération, la malade éprouva de la gêne et quelque picotement dans la plaie ; ces accidens étaient entièrement dissipés quelque temps après.

Treize jours après l'opération, renouvellement de l'appareil, qui était collé par le suintement de la plaie et exhalait une odeur de moisissure qu'on avait presqu'alors masquée par des lotions chargées de chlore. La plaie fut trouvée dans le meilleur état possible ; partout la réunion avait réussi, si ce n'est dans un trajet fistuleux à chacun de ses angles où se trouvaient les ligatures. Quelques-uns des fils se détachèrent par de légères tractions, et l'on renouvela le pansement comme la première fois avec des bandelettes agglutinatives pour soutenir la cicatrice encore faible, et en prévenir la déchirure ; au troisième pansement, toutes les ligatures se détachèrent ; les trajets fistuleux qu'elles avaient entretenus ne tardèrent pas à se cicatriser, et le vingt-troisième jour la guérison fut complète ; la plaie était réunie par une cicatrice linéaire qui n'était pour ainsi dire révélée que par l'enfoncement qui lui correspondait. La malade retourna bientôt au sein de sa famille, témoignant avec la naïveté la plus expressive toute sa reconnaissance pour une opération suivie d'une guérison aussi prompte que remarquable par la beauté de ses résultats.

Les deux observations qui précèdent prouvent les avantages de la réunion immédiate secondée de la levée tardive de l'appareil après l'extirpation du cancer au sein. La rapidité de la guérison dans ces cas, mise en parallèle avec les longueurs du traitement par une méthode opposée, rend d'abord sensible la différence qui les sépare ; on a lieu de croire, en outre, que la récidive doit être beaucoup plus fréquente après une longue suppuration, et par l'effet de

la phlogose longtemps entretenue sur les lèvres de la plaie. Cette seule considération justifierait la préférence que mérite la réunion immédiate, indépendamment des autres avantages qu'elle possède, et que nous aurons de plus en plus occasion de signaler.

Obs. V.e — *Arrachement de la main par une mécanique ; amputation de l'avant-bras ; réunion immédiate. Premier pansement le treizième jour de l'opération, guérison complète le vingt-quatrième.* — Krepert (Nicolas), âgé de 39 ans, ouvrier dans une fabrique d'huile, eut la main arrachée au moment où, poussant au loin la graine sur le trajet d'une meule destinée à la broyer, celle-ci venant à passer, saisit à faux, sur une trappe, la main de ce malheureux, et par son poids considérable en détermina l'arrachement. Le carpe fut ouvert entre la première et la seconde rangées de ses os, à l'exception du scaphoïde qui fut détaché du côté de la main, le semi-lunaire, le pyramidal et le pisiforme demeurant articulés avec l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. Les parties molles et les tégumens qui protègent la face dorsale de ces os, avaient été entièrement déchirés, ainsi que quelques tendons des muscles extenseurs. A la face palmaire de la main, la peau avait aussi été déchirée en grande partie, mais tous les tendons des muscles fléchisseurs demeuraient intacts dans l'épaisseur du lambeau palmaire conservé. Toutes les artères du poignet furent ouvertes, à l'exception de la cubitale ; le sang jaillissait avec impétuosité jusqu'à ce qu'on eut appliqué un tourniquet sur la brachiale. Le malade, qui témoignait une douleur intolérable à l'endroit de l'arrachement, était excessivement incommodé par l'action de ce compresseur, et demandait qu'on lui pratiquât l'amputation sur-le-champ. Mais l'opération dut être différée jusqu'au lendemain, ce qui augmenta singulièrement l'inquiétude et l'irritabilité du malade. Pendant ce temps, il demandait avec prière de desserrer le compresseur dont

l'action était cependant à peine suffisante pour suspendre l'hémorrhagie; enfin dans un état d'agacement extrême, désespéré par les vives souffrances qu'il croyait déterminées en grande partie par l'action de cet instrument, il trompa pendant la nuit la vigilance de son garde, desserra lui-même et renversa complètement le compresseur. En un moment son lit fut baigné de sang; appelé bientôt après, je rétablis sur-le-champ la compression; mais déjà le malade avait perdu une effrayante quantité de sang, tout son lit et le sol d'alentour en étaient baignés; le pouls était petit, irrégulier, filiforme. Bientôt le malade tomba dans un collapsus profond, suivi d'un sommeil assez paisible le reste de la nuit.

L'opération fut pratiquée le lendemain matin 25 juin; la compression avait déjà déterminé chez cet homme qui était des plus musclés et de la constitution la plus robuste, un engorgement considérable du bras dont le volume était excessif. La peau distendue outre mesure ne put être relevée qu'avec des grands efforts après que la section en eût été pratiquée; par la même raison les muscles coupés ne se rétractèrent presque point, on dut les refouler avec force et en inciser de nouveau, à une plus grande hauteur, les fibres adhérentes, avant de pouvoir pratiquer assez loin la section des os pour donner au moignon la forme d'un cône creux. On fit ensuite la ligature des artères, et la plaie fut réunie immédiatement au moyen d'un nombre suffisant de bandelettes agglutinatives. Le malade, mis à l'usage de la limonade tartarique et de potions calmantes, fut un peu agité les deux premiers jours qui suivirent l'opération. Depuis lors il n'eut presque point de fièvre, se trouva bien, et put sans danger prendre quelques légers alimens.

Le huit juillet suivant on leva le premier appareil, qui était collé par un peu de suppuration. Le moignon fut trouvé dans un très-bon état; l'adhérence primitive s'était faite dans toute la profondeur de la plaie, et n'avait man-

qué qu'au niveau de la peau à la hauteur de deux à trois lignes, sans doute à cause du gonflement du membre au moment de l'opération et des tiraillemens auxquels par suite la plaie a été soumise. Il existait aussi le long des ligatures un trajet étroit dans lequel le pus ne séjournait point. Le pansement fut renouvelé comme la première fois ; des bourgeons charnus et de bonne nature s'élevèrent bientôt de l'étroite portion de plaie non cicatrisée. Les ligatures furent toutes détachées au troisième pansement, et la plaie entièrement guérie le vingt-quatrième jour de l'opération, la cicatrice n'étant apparente que dans un point au centre du moignon.

VIe *Obs. — Carie profonde de la main ; amputation de l'avant-bras. Réunion immédiate de la plaie. Pansement le 12.e jour de l'opération; le 21.e guérison complète.* — Lagesse, François, âgé de 45 ans, carrier, d'une assez bonne constitution, n'ayant jamais eu d'engorgement lymphatique, fut admis à l'hôpital Necker pour une carie de la main droite. Occupé à miner dans les carrières à Montmartre, ce malheureux eut les deux mains atteintes par la chute d'une pierre qui occasionna sur la gauche une contusion avec plaie profonde, laquelle nécessita quatre mois de séjour à l'hospice Cochin, et qui ne guérit qu'avec rétraction permanente de plusieurs doigts. La droite n'éprouva point de solution de continuité, mais fut bientôt prise d'un gonflement considérable dont le point de départ parut être dans les os du carpe, et qui persista fort long-temps. Néanmoins, après sa disparution, le malade put pendant six mois se servir de sa main droite pour des travaux légers, et ce ne fut qu'après ce terme que des douleurs sourdes, chaque jour plus vives, l'obligèrent à s'abstenir de tout travail. Bientôt une fistule s'ouvrit sur le dos de la main, plusieurs des os du carpe et du métacarpe furent atteints de carie, et la maladie fit des progrès si rapides, que les premiers médecins auxquels cet homme s'adressa

déclarèrent que l'amputation du bras était désormais le seul moyen de guérison.

La première fois qu'elle fut soumise à notre examen, nous trouvâmes la main tuméfiée, rouge et criblée de plusieurs fistules par lesquelles la compression chassait une grande qnantité de pus très-fétide. Presque toutes les articulations des os du carpe entr'eux et avec les métacarpiens, étaient érodées par la carie; comme toutes les autres surfaces de ces os, le stylet les frappait à nu, les pénétrait même sans effort, et par des tractions en sens contraire on y constatait une mobilité anormale avec la sensation évidente d'un gonflement rugueux. Le malade n'éprouvait encore aucun accident du côté de la surface intestinale, et quoique l'opération fût désormais urgente, il s'y refusa pendant plusieurs jours, espérant amener de la sorte à essayer des moyens variés dont quelqu'un pourrait lui éviter le sacrifice du membre; mais déchu de cet espoir, et pressé par ses vives douleurs et les progrès du mal, il se résigna, non sans courage, à subir l'opération.

L'amputation de l'avant bras, pratiquée le 27 août, n'offrit rien de particulier; les ligatures faites avec soin, on réuuit la plaie immédiatement avec des bandelettes agglutinatives. Le malade passa sans accident les premiers jours qui suivirent l'opération; mais bientôt il s'inquiéta fort de ce qu'on ne le pansait pas. On le rassura bientôt en lui disant qu'il n'y avait ni négligence ni oubli, en même temps qu'on détruisit avec soin les émanations du moignon avec des lotions chlorurées. On arriva de la sorte au 8 septembre avant de renouveler l'appareil.

Ce jour là, 12.e de l'opération, on leva le premier appareil; le moignon fut trouvé dans le meilleur état possible: cicatrisation parfaite par adhésion primitive de toute la surface de la plaie, si l'on en excepte le trajet qu'occupaient les ligatures; après la chute des fils, ce trajet s'oblitéra rapidement. La plaie fut entièrement guérie le 21.e jour de

l'opération, la cicatrice étant à peine apercevable, et le moignon conservant une forme très-régulière. Depuis sa guérison, ce malade éprouva du dérangement dans ses facultés intellectuelles, auquel du reste il était sujet auparavant, et c'est à la faveur de cette circonstance, en même temps que de sa mutilation, qu'on obtint son admission à l'hospice de la Vieillesse.

VIIe *Obs.* — *Soixante-quinze ans ; cancer de la main ; amputation de l'avant-bras, réunion immédiate. Pansement après onze jours ; guérison complète le vingt-cinquième.* — Puquet-Charles, âgé de 75 ans, est entré, le 6 juin, à l'hôpital Necker, pour une tumeur carcinomateuse de la face dorsale de la main droite, correspondant, par son centre, aux deuxième et troisième métacarpiens, limitée en haut par leurs articulations avec la seconde rangée du carpe ; en bas, se prolongeant un peu sur l'extrémité supérieure des trois premiers doigts de la main. Cette excroissance, rongée dans son centre par les progrès de l'ulcération, offrait dans son ensemble l'aspect d'un champignon à bords relevés et irréguliers.

Cette maladie a commencé, il y a environ dix-huit mois, par un poireau qui n'excédait pas encore la grosseur d'une petite lentille, lorsque, pour la première fois, il attira sérieusement l'attention du malade ; pendant plusieurs mois, il s'accrut sensiblement, n'offrant pour tous symptômes que des douleurs vagues et intermittentes. Pour le détruire, le malade l'écorcha avec un instrument piquant, l'irrita souvent avec de l'urine et plusieurs fois même le brûla contre le tuyau d'un poële. Mais bientôt les progrès toujours croissans de la tumeur, plutôt que les douleurs légères encore dont elle s'accompagnait, déterminèrent le malade à consulter des médecins qui se bornèrent à conseiller l'applition de cérat opiacé sur l'ulcération. La tumeur s'accrut toujours et c'est surtout depuis le mois d'octobre que ses progrès ont été rapides. A cette époque, son diamètre éga-

lait à peine celui d'une pièce de trente sous, tandis qu'au moment de l'opération, (juin 1831) huit mois plus tard, elle avait quelques pouces de largeur dans ses diverses dimensions : depuis lors encore, les douleurs devinrent continues et très-intenses ; elles privaient le malade de sommeil qu'il ne goûtait qu'autant que le besoin en devenait assez pressant pour dominer ses souffrances. Personne ne lui avait jamais conseillé dans le principe l'extirpation de ce mal ni plus tard l'amputation de l'avant-bras. M. Boyer lui-même, prenant peut-être en trop grande considération l'âge avancé du malade, s'était borné à lui conseiller l'usage des narcotiques.

Le 18 juin, l'opération fut heureusement et très-promptement pratiquée par M. Maréchal. Il n'y eut qu'une très-légère perte de sang ; en peu d'instans, les artères furent liées et la plaie réunie immédiatement.

La tumeur parut formée par du tissu squirrheux déjà presque partout à un degré avancé ; il était granuleux, se déchirait avec facilité, et avait perdu la consistance de ce tissu morbide à sa première période. Dans quelques points et surtout au centre de l'ulcération, il était beaucoup plus ramolli, traversé par des vaisseaux capillaires multiples, et constituait la variété désignée du nom d'encéphaloïde. Un des filets du nerf radial était singulièrement hypertrophié dans l'épaisseur du cancer avec lequel il se confondait plus loin de manière à ne pouvoir plus en être isolé. Une branche artérielle, également augmentée de volume, se prolongeait dans la tumeur au centre de laquelle ses parois avaient été détruites par l'ulcération. Elle a été sans doute une des principales sources des hémorrhagies fréquentes que le malade a éprouvées et qui ne se sont point renouvelées depuis quelques jours, un caillot s'étant formé dans son intérieur. L'extrémité des phalanges et des métacarpiens était ramollie et se laissait facilement diviser par l'instrument tranchant ; les tendons traversaient la tumeur, sans avoir

éprouvé aucune altération appréciable ; ils jouaient librement dans leurs gaînes intimement confondues avec la masse de la tumeur.

La fièvre traumatique fut assez intense les deux premiers jours; mais depuis, l'état du malade fut des plus satisfaisans. Le onzième jour, on renouvella le premier appareil. Il était pénétré par le suintement assez abondant qui avait succédé à l'opération, et exhalait une odeur fétide. Près du coude, à la face interne du bras, deux phlyctènes avaient été déterminées par la constriction des bandes devenues raides, mais le moignon fut trouvé dans un très-bon état : l'adhésion primitive s'était opérée dans toute la profondeur de la plaie et n'avait manqué que dans l'étendue de quatre à cinq lignes au niveau de la plaie seulement. Du reste, les bords de la plaie étaient exempts d'inflammation, aucune collection de pus n'existait dans le moignon, et le pansement fut renouvelé au moyen de bandelettes agglutinatives comme la première fois. Ce second appareil ne fut levé que trois jours après; les ligatures achevèrent alors de se détacher, et la cicatrisation de la plaie était déjà très-avancée. La guérison fut complète le vingt-cinquième jour; la cicatrice, ayant dû avoir lieu au centre du moignon, à la faveur des granulations, était un peu apparente dans ce point; les mouvemens du moignon n'étaient point gênés. Débarrassé d'un mal qui consumait ses jours par une opération suivie rarement de succès à une période aussi avancée de la vie, cet homme eut bientôt recouvré toute la gaîté du jeune âge.

Ces trois observations viennent confirmer encore l'utilité de la réunion et les secours qu'elle retire de la levée tardive du premier appareil. La dernière surtout a fourni une preuve frappante des avantages de cette méthode appliquée à des individus faibles ou d'un âge déjà avancé, et qui ne pouvaient opposer la réaction nécessaire à un long traitement, ou supporter sans inconvéniens une suppuration un peu

abondante ; nous nous bornerons à consigner ici cette réflexion générale digne de développemens plus étendus. Notons aussi, en passant, que sur deux des malades qui font le sujet de ces observations, l'adhésion a échoué au niveau de la peau seulement, et dans une petite étendue, par l'effet du gonflement traumatique qui a détruit le contact des lèvres de la plaie soutenues seulement par des bandelettes agglutinatives. Nous trouverons plus loin l'occasion de reproduire cette remarque, et nous aurons à examiner si cet inconvénient nécessite dans tous les cas la suture, comme le veulent certains chirurgiens.

VIII.e *Obs. — Phlegmon intense du poignet et de l'avant-bras ; fusées purulentes remontant jusqu'au coude et pénétrant dans les articulations carpiennes et radio-carpiennes ; dénudation étendue de plusieurs os du poignet ; amputation du bras. Réunion immédiate ; insuccès ; dévoiement colliquatif, et mort le onzième jour de l'opération.* — Dalize, Françoise, âgée de 71 ans, blanchisseuse, se piqua le pouce avec une fourchette. Bientôt ce doigt fut pris d'un panaris qui s'étendit à toute la main, et lors de l'entrée à l'hôpital la maladie avait déjà revêtu tous les caractères d'un phlegmon intense, accompagné de douleurs très-vives et d'une tuméfaction considérable de la main, du poignet et de l'avant-bras. Après trois jours de l'emploi des émolliens (cataplasmes, bains de bras, etc.), l'empâtement et la diminution de la tension firent présumer la formation du pus dans les mailles du tissu cellulaire, surtout au-dessous du pouce et vers l'extrémité inférieure des deuxième et troisième métacarpiens ; on pratiqua sur divers points de l'avant-bras et de la main des incisions dont aucune ne livra passage à du pus, excepté celles faites autour du pouce et vis-à-vis des métacarpiens indiqués. On continua les cataplasmes et les brachiluves émolliens.

Deux jours après, le pus, qui s'était formé en plus grande quantité dans l'épaisseur de l'avant-bras aupara-

vant considérablement tuméfié, séjournait dans les gaînes intermusculaires, ne trouvant qu'un écoulement difficile et insuffisant par les ouvertures déjà pratiquées; dès-lors on se hâta d'agrandir ces incisions et d'en pratiquer de nouvelles par lesquelles le pus s'écoula facilement; toutefois la suppuration devenant chaque jour plus abondante, la peau de l'avant-bras était entièrement décollée dans plusieurs points. Les muscles étaient en quelque sorte disséqués par la destruction du tissu cellulaire qui leur forme enveloppe; les fusées purulentes formées dans leurs gaînes remontaient jusques près de leur insertion aux tubérosités de l'humérus. Des désordres locaux aussi graves ne pouvaient manquer de réagir vivement sur toutes les fonctions de l'économie: aussi, épuisée par des douleurs vives, continues, et tout-à-fait au-dessus des forces de son âge, cette femme tomba bientôt dans un collapsus profond que vint aggraver encore un dévoiement colliquatif abondant. Dès-lors la suppuration devint extrêmement fétide et diminua de quantité. Le phlegmon, dont le caractère gangréneux était des plus évidens, étendit ses ravages jusqu'aux os; la face externe des trois premiers métacarpiens fut trouvée dénudée de son périoste; et le lendemain l'articulation radio-cubitale était largement ouverte et en pleine suppuration. Dès ce moment et au milieu de tant de circonstances défavorables, il ne resta plus d'autre espoir de salut que l'amputation du bras. La malade, se voyant elle-même dans un état désespéré, se décida sans peine à l'opération qui fut pratiquée sur-le-champ.

Quoiqu'on eût pris soin, avant de pratiquer la section des muscles, de ne pas trop retirer la peau, flasque et extensible sur cette vieille femme, dans la crainte qu'elle ne se trouvât en excès pour en pratiquer la réunion immédiate, on n'évita pourtant pas tout-à-fait cet inconvénient. Ses lambeaux dépassaient trop le niveau de la plaie, et l'on dût, pour en assurer le contact, les comprimer de

chaque côté au moyen de tampons de charpie pardessus lesquels on fit passer des bandelettes agglutinatives. Le reste du pansement fut achevé comme à l'ordinaire.

Le lendemain de l'opération, 16 novembre, la malade était très-contente de sa position. Depuis son entrée, disait-elle, elle n'avait pas eu d'aussi bonne nuit; mais elle avait eu trois selles liquides et n'avait pu uriner d'elle-même. (Riz gommé, sirop de coings, potion gommeuse, bouillon.)

17. Elle se trouve encore assez bien, mais elle a eu plusieurs selles comme la veille; elle a besoin chaque fois d'être mise sur une chaise percée. (Même médication, semouille.)

19. La malade est très-abattue, se plaint beaucoup, pressent sa fin prochaine, et dit qu'elle la désire. (On continue le même traitement; on accorde encore une semouille.)

20. Abattement général plus grand, facies très-altéré, langue rouge, épigastre sensible à la pression: la malade a eu trois selles liquides et plusieurs vomissemens. (Riz gommé, sirop de coings, potion gommeuse avec sirop diacode, diète.)

21. Les vomissemens ont cessé; une selle; peu de fièvre; la malade est très-abattue et mélancolique.

22. La malade va mieux, son facies est moins altéré; elle n'a pas eu de selle et a uriné facilement; elle éprouve moins de douleur dans la région lombaire, et redemande quelques alimens. (Vermicelle, etc.)

23. Elle se trouve un peu mieux encore que la veille, elle a moins de fièvre, le facies est meilleur. Cours des urines libre, une selle. La malade demande instamment un peu de café qu'on lui accorde.

24. Le mieux se soutient et semble se raffermir; on renouvelle pour la première fois l'appareil. Grande quantité de suppuration dans les pièces du pansement; la surface du moignon en était baignée; la réunion immédiate avait complètement échoué, et le pus s'était accumulé entre les lèvres de la peau. On nettoie la plaie avec des lotions légè-

rement chlorurées, et l'on renouvelle le pansement en ne pratiquant désormais qu'une réunion médiate.

25. La malade est dans un état d'assoupissement profond depuis hier; elle accuse des douleurs vives au côté droit de la poitrine. La percussion n'y indique rien; l'auscultation y fait reconnaître du râle muqueux assez abondant. On renouvelle le pansement; la plaie avait fourni une grande quantité de pus; celui qui était en contact avec elle était sanieux et de mauvaise nature. Les lèvres de la plaie semblent plus flasques et d'un plus mauvais aspect. (Tisane et potion *id.*; toujours un peu d'alimentation.)

La malade expire enfin le 26, ayant continué de se plaindre souvent, surtout pendant la nuit, de la douleur qu'elle ressentait au côté, et étant demeurée plongée dans cet état d'anéantissement profond déjà très-prononcé de la veille.

L'autopsie, que nous ne relaterons pas en détail, n'a point présenté les lésions auxquelles on était en droit de s'attendre, d'après les derniers symptômes qu'éprouva la malade. Ni les veines profondes ni les superficielles du membre amputé ne présentèrent aucune trace d'inflammation. On ne trouva point de collection purulente dans le poumon droit, qui n'offrit que de l'œdème et de l'emphysème dans divers points. La plèvre contenait six à huit onces de sérosité; le poumon gauche n'offrait aucune lésion apparente. Le volume du foie était augmenté, mais cet organe ne contenait pas de collection purulente. La muqueuse intestinale était ramollie et décolorée dans certains points, injectée et offrant quelques ulcérations vers la valvule iléo-cœcale. Le col de la vessie avait peut-être été comprimé, dans diverses positions de la malade, par un pessaire obliquement placé dans le vagin. Les autres détails de l'autopsie seraient ici sans intérêt.

La mort, dans l'observation qui nous occupe, s'explique assez par l'âge avancé de la malade et par les accidens formidables auxquels elle a dû résister pendant plusieurs jours

avant l'opération, pour qu'on n'ait aucun motif plausible de l'attribuer à la méthode de traitement qu'on a mise en usage. Déjà épuisée par une longue suppuration et le dévoiement colliquatif, il ne restait presque aucune chance de la sauver lorsque l'amputation fut pratiquée. On conçoit dès-lors que la réunion ait échoué sur un sujet aussi faible, et dont la vitalité était, en quelque sorte, désormais au-dessous des frais qu'eût nécessités la cicatrisation. Mais est-il permis de croire que, par l'effet de cette circonstance, le pus, s'étant formé et séjournant à la surface de la plaie, ait été pompé par les veines du moignon, et soit devenu la cause du dévoiement et des autres accidens auxquels le malade a succombé? Telle n'est point notre opinion, fondée, entre autres raisons dont nous servirons plus tard pour mieux l'établir, sur ce que l'autopsie n'a point fait reconnaître de collections purulentes dans aucun des organes de cette femme.

IXe *Obs.* — *Carie de la main gauche et tumeur blanche du coude; amputation du bras; réunion immédiate; levée du premier appareil le douzième jour; guérison définitive le vingt et unième.* — Une fille de 18 à 19 ans, pâle, chlorotique, et d'un développement incomplet, entra à l'hôpital Necker, atteinte de carie scrofuleuse des os de la main gauche et d'une tumeur blanche déjà avancée du coude correspondant. La suppuration abondante que fournissaient les os du carpe et du métacarpe complètement ramollis, et l'altération profonde des parties molles qui les entouraient, réagissaient fortement sur la constitution de la malade, en même temps que la tumeur blanche du coude faisait des progrès rapides. L'avant-bras était entièrement amaigri et ne paraissait plus qu'un moyen d'union entre ces deux centres du travail morbide. La malade demandait instamment l'opération, se sentant de jour en jour plus faible, et succombant aux vives douleurs auxquelles elle était depuis quelque temps en proie. Quoique les digestions

fussent laborieuses, le dévoiement n'avait pas encore paru; mais il ne fut pas impossible de constater, au moyen de la percussion et de l'auscultation, la présence de nombreux tubercules dans les deux poumons, comme l'extérieur de la malade le faisait du reste suffisamment soupçonner. Il n'y avait point encore de râle muqueux, point de cavernes, ni même de toux sèche et fréquente, symptôme si ordinaire du ramollissement prochain des tubercules, comme de leur présence dans le parenchyme pulmonaire. Au milieu de tant de conditions défavorables et dans la presque certitude de voir la phthisie faire des progrès rapides, et la malade succomber peu de temps après l'opération, on ne put cependant résister aux instances de cette malheureuse qui sollicitait l'opération, et dont le moral était également très affaissé. Transportée à l'amphithéâtre et près d'être opérée, elle aperçoit les instrumens disposés à cet effet sur un plateau laissé par mégarde à portée de ses regards, et est aussitôt saisie d'une frayeur qui détruit toute sa résolution : l'idée de la douleur d'un moment lui faisant oublier les souffrances continues qui la poursuivaient depuis un mois, elle rejette au loin des chances fugitives de guérison qu'elle devait acheter à ce prix. Toutefois, cruellement tourmentée nuit et jour par son mal, elle forme avec plus de résolution que jamais le projet de s'en faire débarrasser, et deux jours après elle demande de nouveau l'opération, promettant fermement de ne point manquer cette fois de courage.

L'amputation du bras fut en effet pratiquée, et la malade fut aussi courageuse qu'elle l'avait promis. Le bras avait encore assez d'embonpoint, les muscles n'en étaient que médiocrement atrophiés; les artères furent liées sans qu'il se fût presque écoulé de sang, et la plaie réunie immédiatement comme dans les observations précédentes. Les jours suivans, la malade fut soumise à une alimentation de plus en plus substantielle, mais pourtant avec toute la prudence

que commandaient les accidens graves auxquels on avait lieu de s'attendre. Cependant la fièvre traumatique fut courte et modérée; la malade eut chaque nuit un sommeil paisible dont elle ne goûtait qu'imparfaitement les douceurs depuis si long-temps; elle demandait plus d'alimens, reprenait de la gaîté, et se disait heureuse dans sa nouvelle position. Elle arriva ainsi au 12.e jour de l'opération, attendant avec impatience qu'on renouvellât le pansement.

On leva l'appareil avec les précautions déjà indiquées, et la plaie mise à nu parut réunie dans toute son étendue, si ce n'est la partie inférieure où se trouvaient les ligatures. Le moignon n'était ni gonflé ni douloureux, et supportait sans douleur des pressions assez fortes qui ne firent point reconnaître de foyer purulent dans l'épaisseur et entre les lèvres de la plaie. Les ligatures résistèrent à de légères tractions; mais le lendemain, au second renouvellement de l'appareil, elles tombèrent toutes, à l'exception d'une seule. Enfin la plaie fut entièrement fermée le 21.e jour de l'opération; la cicatrice était enfoncée, linéaire, à peine apparente, et le moignon du plus bel aspect. Déjà depuis quelques jours on accordait à la malade une nourriture plus abondante, tonique, composée principalement de viande rôtie, en un mot, appropriée à son état. On vit alors sa santé se rétablir rapidement, et ses formes se dessiner chaque jour d'une manière sensible. Après avoir resté quelque temps à l'hôpital, où elle pouvait se rendre quelquefois utile, elle rentra dans sa famille parfaitement rétablie, contente de sa position, ayant acquis de l'embonpoint, de la beauté, et devenue méconnaissable.

Cette observation nous semble démontrer que la méthode de traitement qu'on a suivie, en préservant la plaie de la suppuration, a prévenu toute réaction sur les organes pulmonaires, retardé par suite le ramollissement des tubercules qu'ils contenaient, et prolongé leur état latent. On voit trop souvent des opérés, présentant des signes moins cer-

tains de phthisie, succomber à la fonte des tubercules amenée par la suppuration des moignons, pour ne pas être forcé d'admettre l'influence fâcheuse de ce travail de sécrétion dans de semblables circonstances. L'embonpoint rapide que la malade a pris est aussi digne de remarque. Il n'est pas rare de rencontrer des personnes dont les poumons sont farcis de tubercules, offrir l'apparence de la santé la plus florissante quelque temps avant que le ramollissement mortel de ces productions pathologiques ne survienne. Ayant voulu recueillir des renseignemens plus récens sur la jeune malade qui fait le sujet de cette observation, nous avons appris de ses parens que cinq à six mois après l'amputation qu'elle avait subie, elle avait rapidement succombé à la phthisie, après avoir acquis un embonpoint et une fraîcheur remarquables qui faisaient l'étonnement des personnes qui l'avaient connue auparavant.

X.e *Obs. — Fracture comminutive de la jambe; amputation au-dessus du lieu d'élection; conservation, dans le moignon, de l'extrémité supérieure du péroné; réunion immédiate; premier pansement le 12.e jour; le 26.e guérison complète.* — François Thomier, ouvrier maçon, âgé de 29 ans, eut la jambe droite fracturée comminutivement par la chute d'une grosse pierre sur ce membre. Non seulement les deux os de la jambe furent brisés en éclats à l'endroit où porta le corps vulnérant, mais encore les parties molles furent considérablement meurtries, et le tibia faisait saillie à travers une plaie irrégulière et contuse. Les nombreuses solutions de continuité des os, et les lésions profondes des parties molles, ne laissèrent pas un instant l'espoir de conserver le membre à ce sujet sanguin, jeune et vigoureux, et chez lequel on avait à redouter les accidens inflammatoires les plus intenses. Aussi se décida-t-on sur-le-champ, et du consentement du malade, à pratiquer l'amputation. Les désordres du membre n'ayant pas permis de l'amputer dans le lieu généralement indiqué, il fut cependant possible

de conserver, sur les chairs restées intactes, des lambeaux suffisans pour pratiquer la réunion immédiate avec espoir de succès. La section des os fut faite à moins de quatre travers de doigt au-dessous de l'épine du tibia, lieu ordinaire d'élection, et cependant on ne crut point devoir, d'après le précepte de M. Larrey, pratiquer la désarticulation de la tête du péroné, pour éviter une plaie anfractueuse, et conserver à la réunion immédiate le plus de chances possible de succès. Dans le même but, à cause de la double fracture, on eut soin de tenir solidement fixé le péroné au moment où l'on eu pratiquait la section avec la scie, pour prévenir les ébranlemens de son extrémité supérieure et l'inflammation des parties molles qui l'avoisinent. L'angle saillant du tibia fut enlevé par un premier trait de scie, d'après le précepte de Béclard, et comme M. Marjolin paraît l'avoir conseillé le premier. On lia ensuite les artères tibiales antérieure et postérieure, et la péronière, terminaison de la poplitée qui ne fut pas intéressée dans la section des diverses parties du membre, quoique cette section fût faite plus haut que de coutume. Des artères musculaires de moindre importance furent également liées avec soin.

La peau, détachée des sinus sous-jacens dans une certaine étendue, se prêta sans efforts à la réunion immédiate qui fut assurée par de nombreuses bandelettes agglutinatives prenant au loin leur point d'appui de chaque côté du moignon. La plaie fut obliquement dirigée de dedans en dehors vers le péroné, et les ligatures rassemblées à son angle inférieur. Le pansement achevé comme d'ordinaire, le membre fut placé sur un coussin médiocrement serré, le moignon et la cuisse dans un état de demi-flexion, pour mettre les muscles dans le relâchement et prévenir les tiraillemens de la plaie. On prescrivit une potion calmante, de la limonade et la diète. Mais le soir l'agitation du malade et l'impulsion fréquente du pouls nécessitèrent une saignée de trois palettes.

Ces accidens cessèrent bientôt, et dès le lendemain le malade fut en état de prendre un peu de bouillon coupé. Les jours suivans il était dans l'état le plus satisfaisant, et l'on put sans dangers augmenter ses alimens. Mais le 7.e ou 8.e jour, le malade, incommodé par l'odeur du moignon, et surpris de n'avoir pas encore été pansé, demanda la cause de ce retard et fut aisément rassuré.

L'appareil fut renouvellé le 12.e jour de l'opération : les pièces en étaient agglutinées par la dessiccation des fluides assez abondans fournis par certains points du moignon ; toutefois la plaie fut trouvée dans un état satisfaisant. Ses lèvres étaient exemptes de gonflement, et l'adhésion primitive en avait été obtenue, si ce n'est à l'angle inférieur dans un trajet étroit, autour des ligatures, et supérieurement au niveau de la section de la crête du tibia ; la partie moyenne de la plaie était dans toute sa profondeur parfaitement réunie, et la compression ne faisait sourdre du pus d'aucun point du moignon. L'appareil fut renouvelé chaque jour, et les dernières ligatures achevèrent de tomber au troisième pansement. Dès ce moment la cicatrisation du trajet fistuleux qu'elles entretenaient fut prompte. Déjà des bourgeons charnus s'élevaient de la surface apparente du tibia ; leur organisation faisait chaque jour des progrès, et la cicatrice secondaire qui leur succéda fut terminée le 26.e jour de l'opération : le malade put alors quitter son lit et marcher d'abord avec des béquilles, ensuite sur une jambe de bois, sans que la cicatrice, linéaire à sa partie moyenne, mais très-apparente à son angle supérieur où elle avait eu lieu au moyen des granulations, devînt trop douloureuse, ou se déchirât. Le moignon, quoique plus court que de coutume, offrait un point d'appui suffisant, et s'adaptait parfaitement au membre artificiel.

XIe Obs. — *Luxation du pied compliquée de fracture au tiers inférieur du péroné, d'arrachement de la malléole interne et de saillie du tibia à travers les tégumens*

et la capsule articulaire déchirés; inflammation consécutive de la jambe et de l'articulation ; fusées purulentes étendues ; dénudation du tibia, délire, etc. ; réunion immédiate ; hémorrhagie du moignon ; mort 24 heures après l'opération. — J. Ramol, entrepreneur de travaux, âgé de 42 ans et d'une bonne constitution, eut la jambe droite luxée à son articulation tibio-tarsienne, par la chute d'une voiture pesamment chargée, dont le timon porta sur la partie inférieure externe du membre. Renversé par la violence du coup, cet homme fut dans l'impossibilité de se relever de lui-même et fut transporté chez lui par ses camarades ; il ne tarda pas à y recevoir les soins d'un chirurgien qui incisa crucialement la peau et la partie interne de la capsule de l'articulation tibio-tarsienne à travers lesquelles le tibia faisait une saillie considérable en-dedans ; à la faveur de ce débridement, la réduction put en être pratiquée et les parties furent maintenues en place par l'appareil ordinaire mais imparfait des fractures de la jambe. Le lendemain 18 novembre, le malade se fit transporter à l'hôpital Necker, et je trouvai l'appareil insuffisant, mal appliqué et la luxation incomplètement réduite ; mais dans ce moment, les douleurs vives que le malade avait éprouvées pendant son transport, la tuméfaction considérable qui était survenue et l'intensité des autres accidens me détournèrent d'une exploration douloureuse, indispensable pour apprécier exactement le lieu et la nature de ces lésions. Plus tard, on constata l'existence d'une fracture au tiers inférieur du péroné, ainsi que l'arrachement de la malléole interne du tibia avec déchirure du ligament et de la capsule articulaire à travers laquelle le tibia avait pu, lors de l'accident, faire saillie au-dehors. L'appareil fut trouvé pénétré d'un mélange de sang, de pus et de synovie : on le renouvella, et le malade fut saigné une seconde fois et mis à un régime convenable.

21 novembre. L'appareil pénétré de pus fut renouvelé

comme les jours précédens ; un large cataplasme fut appliqué sur le membre, et le malade saigné de nouveau.

22. La tuméfaction avait considérablement augmenté ; le pansement fut renouvelé ; le malade passa bien la journée, mais la nuit il eut du délire, se leva sur son lit et dérangea l'appareil.

23. Le gonflement et la tension étaient portés si loin qu'il fut impossible de sentir l'extrémité fracturée du péroné jusqu'alors très-appréciable et saillante sous les tégumens ; le pansement fut renouvelé ; les rapports naturels des parties avaient été détruits par le malade en délire. Une nouvelle saignée ne le mit pas à l'abri du délire la nuit suivante, mais il ne put défaire, ni toucher à son appareil, ayant eu les bras enveloppés dans la camisolle.

24. Le pus avait encore été sécrété en abondance ; à la face interne de la jambe près de la malléole, existaient des phlyctènes au-dessous desquelles on trouva la peau et le tissu cellulaire sous-cutané frappés de mort, et des fusées purulentes qui venaient sourdre près de la déchirure de l'articulation : on incisa ces trajets fistuleux sur une sonde canelée, et l'on vit alors la partie correspondante du tibia dénudée à une certaine hauteur. En dehors, sur le trajet du péroné, on sentait une crépitation produite par des gaz ; une incision profonde pratiquée en ce lieu, donna issue à une grande quantité de pus. On pratiqua, sur divers autres points de la jambe où la tension était grande, plusieurs autres débridemens qui firent cesser l'étranglement et par lesquels s'écoula une grande quantité de sang ; ces incisions furent maintenues béantes par l'interposition d'un peu de charpie, et l'appareil fut renouvelé comme les jours précédens.

25. Gonflement beaucoup moindre ; grande quantité de pus et de synovie fournis par les nombreux débridemens pratiqués la veille, et l'articulation largement ouverte. (Pansement *id.*)

26. La suppuration était toujours très-abondante, quoi-

que le gonflement eût diminué; depuis deux jours, le malade avait continuellement un délire sourd, peu prononcé pendant qu'on le panse; il fait involontairement quelques efforts musculaires qui reproduisent la luxation. Le tibia faisait une saillie considérable à travers la plaie, et malheureusement il fut possible alors de constater quel était l'état des parties au moment de l'accident. La réduction, quoiqu'on l'essayât à plusieurs reprises et de diverses manières, fut impossible, ce qui tenait moins à la contracture des muscles qu'à la présence dans l'articulation d'un fragment du bord articulaire externe du tibia qui s'opposait à la rentrée de cet os. De plus le tibia parut dénudé à une plus grande hauteur qu'on ne l'avait pensé. Dès lors les chances de guérison parurent plus que jamais imaginaires, et l'amputation fut décidée. Le pied fut maintenu immobile avec une attelle et quelques tours de bande jusqu'au moment de l'opération qu'on pratiqua à la fin de la visite. Dans cet intervalle et à l'occasion des douleurs vives qu'avaient fait naître le déplacement et les tentatives réitérées de réduction, le délire avait singulièrement augmenté. Néanmoins l'amputation fut pratiquée selon la méthode ordinaire; le malade parut en ressentir faiblement les douleurs; et après avoir quelque temps balancé entre la réunion médiate et l'immédiate, à cause de l'état du malade, ce fut cette dernière qu'on mit en usage; des bandelettes agglutinatives y suffirent, et le pansement fut achevé comme de coutume.

Peu de temps après l'opération, le délire fut un peu moindre, mais il reprit bientôt toute son intensité; le soir, il était à son comble; ce malheureux réveilla souvent, pendant la nuit, les malades ses voisins, et par ses lamentations, faisait naître dans leur cœur de pénibles sentimens; la tendresse paternelle et l'amitié conjugale semblaient chez lui s'accroître avec l'égarement de la raison; la position cruelle dans laquelle sa mort allait plonger sa famille, était le thême unique de ses divagations; au bord

de la tombe, ce malheureux suppliait de ne pas laisser sa femme et ses enfans dans la misère, et il consuma le dernier souffle de sa vie à implorer pour leur mère une place qui les mit à l'abri de la nécessité. Le délire continua toute la nuit; à 5 heures, survint une hémorrhagie du moignon qui lui fit perdre six palettes de sang environ et nécessita la compression de la crurale. A 7 heures, le malade vivait encore, mais il était sans connaissance et bientôt après il expira.

L'autopsie fut faite le lendemain 29; on apporta la plus grande attention à l'examen du moignon; les pièces extérieures de l'appareil et les bandelettes agglutinatives détachées, on trouva entre les lèvres de la plaie un caillot assez considérable qui les éloignait l'une de l'autre; une injection d'eau simple, poussée avec précaution et sans effort dans la crurale, jaillit par l'artère tibiale postérieure seule; c'est l'unique voie par laquelle le sang ait pu se faire jour; toutes les autres ligatures résistèrent à l'injection même forcée. Du reste, on ne découvrit aucune trace appréciable d'inflammation dans le moignon ou dans ses vaisseaux. Les méninges étaient injectées et adhéraient aux hémisphères; la substance cérébrale était elle-mêmepénétrée de sang et les vaisseaux encéphaliques uniformément distendus, ce qui tendrait à prouver que l'hémorrhagie fut médiocre et n'a été qu'une cause bien éloignée de la mort.

Ces deux observations méritent un examen attentif, pour reconnaître d'une manière précise la part qu'ont eue dans les résultats obtenus la réunion immédiate et la levée tardive du premier appareil. La première nous offre une exemple des efforts que fait l'organisme pour la cicatrisation dans tous les cas où des accidens ou des complications graves n'opposeront pas des obstacles insurmontables; mais la seconde fait naître quelques questions d'un haut intérêt; d'une part, a-t-on eu tort de donner la préférence à la réunion immédiate, malgré le délire du malade, et celle-ci l'a-t-elle augmenté, et contribué par suite à causer la mort?

peut-on dire aussi, comme autrefois quelques chirurgiens l'avaient cru, que l'hémorrhagie ait été déterminée par la réunion? Sous le premier rapport, nous croyons qu'en pausant la plaie médiatement, en accumulant à sa surface des pièces de linge qui y auraient causé de l'irritation, on eût agacé davantage le système nerveux et augmenté de la sorte les accidens et le délire; que s'il était permis de penser que la réunion médiate, en excitant le moignon, eût déterminé par la suppuration une dérivation salutaire contre les accidens cérébraux, il faut reconnaître que la mort est survenue avant que n'eût pu s'établir cette suppuration, et que dès lors le premier effet inévitable de ce mode de pansement eût été d'irriter la surface de la plaie et de réagir fortement sur le système cérébro-spinal. Sous ce rapport donc il semble qu'on ait eu raison d'opter pour la réunion immédiate, à laquelle on ne saurait attribuer aucun des accidens qui existaient déjà avant l'opération et qui ont persisté depuis.

Mais l'hémorrhagie doit-elle reconnaître pour cause la conduite que l'on a tenue, comme on pourrait le supposer d'après un des beaux mémoires de Pelletan? Raisonner ainsi, ce serait, sans contredit, vouloir admettre l'erreur sans examen. Car s'il était vrai que la réunion favorisât l'hémorrhagie secondaire, celle-ci ne pourrait s'effectuer à travers les vaisseaux principaux qui tous ont été embrassés et oblitérés par la ligature; elle devrait se faire par les petites artérioles qu'on n'a pu ni apercevoir, ni saisir, et qui, crispées pendant l'opération, lorsque la plaie était frappée du contact de l'air, se laissent de nouveau dilater quelque temps après la réunion par l'impulsion sans cesse renouvelée du cœur: telle serait, je crois, la seule manière dont se ferait l'hémorrhagie. Mais dans le cas qui nous occupe, c'est la plus grosse artère du moignon, la tibiale postérieure, qui en a été la source, quoiqu'elle eût été oblitérée par la ligature au moment de l'opération; il faut donc admettre que l'in-

flammation étendue du membre s'était propagée jusqu'à cette artère qui, ramollie déjà par la phlegmasie, n'a pu résister à l'action du fil. La réunion immédiate n'est donc pas la cause de cette hémorrhagie, qui aurait à plus forte raison dû survenir si l'on eût déterminé la phlogose et la suppuration de la plaie en la pansant médiatement.

(*La suite au Numéro prochain.*)

Remarques sur le chatonnement du placenta; par P. Guillemot, *D M. P.*

Les formes que la matrice reçoit des contractions irrégulières de ses fibres musculaires sont extrêmement variées. Peu sensibles dans l'état de grossesse, plus apparentes dans le travail de l'enfantement après l'écoulement des eaux de l'amnios, elles se dessinent surtout après l'expulsion du fœtus et pendant la délivrance. Cet organe, à ce dernier temps de la parturition, dans quelques cas, s'alonge, s'étend jusqu'à l'épigastre, et affecte une forme cylindrique; d'autres fois il s'arrondit et devient globuleux. Quelquefois il se bosselle, en présentant des parties en contraction, et d'autres dans le relâchement; il peut encore prendre une figure pyriforme, et nous offrir, par le resserrement de son col, l'image d'un sablier. Toutes ces formes variées peuvent se réduire à deux espèces principales, et se rattacher à deux ordres de causes. Les unes tiennent à la conformation de la matrice, les autres se développent à l'occasion de la présence du placenta dans ce viscère. Les autres formes intermédiaires composées doivent être confondues avec ces deux états, car elles n'ont rien de particulier sous le rapport des accidens qui se manifestent et des indications que nous avons à remplir. On peut donner aux formes de la première espèce le nom d'*hour glass*, et maintenir le terme de chaton à la cellule formée autour du placenta, lorsque la matrice se dessine autour de cet organe vasculaire, dans

ses contractions irrégulières. L'espèce de confusion qui règne dans les auteurs sur ce sujet, m'oblige à entrer dans quelques développemens sur l'un et l'autre de ces états.

Ambroise Paré, et son disciple Guillemeau, ont signalé le resserrement du col utérin comme un obstacle à la délivrance; ils se sont bornés à constater ce fait, et à donner des préceptes. Mauriceau, en notant le même accident, développe mieux sa pensée : « Le plus souvent, dit-il, ce n'est pas tant l'adhérence de l'arrière-faix à la matrice qui le retient ainsi en dedans, que c'est la seule contraction de son orifice interne, en la partie intérieure duquel il se fait quelquefois, immédiatement après la sortie de l'enfant, un fort étranglement semblable à celui qu'on voit au milieu d'une calebasse; car cet orifice, n'étant pas dilaté à proportion du corps de l'arrière-faix, l'arrête, et ne lui pouvant pas donner passage, fait souvent rompre et détacher entièrement le cordon de l'ombilic. » (Tome I.er, p. 253.) Peu nous avertit que le resserrement de la matrice, à son col, est une circonstance périlleuse, lorsque la dilatation n'a pas eu lieu. Le jugement qu'il porte sur le chatonnement du placenta est loin de nous donner les mêmes craintes sur le sort de la femme. Sous tous les rapports, il établit une grande différence entre le resserrement du col utérin et le chatonnement du placenta, dont nous lui devons la découverte. Levret admet la même distinction entre ces deux accidens. Stein, en adoptant les idées de son illustre maître, signale des cas où l'on rencontre cependant le placenta emprisonné même dans le fond de la matrice, ce qui a lieu, ajoute-t-il, lorsque les fibres circulaires moyennes de son corps se sont contractées et l'ont divisée en deux cavités, ce qui lui fait, en quelque sorte, affecter la forme d'une vessie de poisson. C'est dans cet état de la science que Baudelocque agita la question du chatonnement du placenta. Confondant ces deux accidens, il appliqua ce terme à la complication de la délivrance, désignée par

Mauriceau. Quoique ce célèbre auteur ait mentionné séparément le resserrement spasmodique du col comme un obstacle à la délivrance, il est facile de s'apercevoir qu'entre ces deux accidens il n'établit aucune différence. Pour lui le chatonnement n'est que le résultat des contractions de l'orifice utérin. Sa pensée est exprimée à-peu-près dans les termes dont Mauriceau s'est servi pour nous transmettre son opinion. Pour l'un comme pour l'autre, la matrice présente la forme d'une calebasse, par l'étranglement dont le col à son orifice intérieur est le siège. Cette erreur de Baudelocque paraît plus frappante, lorsqu'on suit l'histoire du chatonnement, et qu'on se rappelle que tous les observateurs ont rapporté cette découverte à Peu, et que depuis cette époque ils ont noté avec soin les différences qui séparent ces deux accidens. Le silence que Mauriceau garda sur ce sujet, dans les discussions scientifiques qu'il eut à soutenir avec Peu, est encore un nouveau témoignage en faveur des idées que nous émettons; car si cet habile accoucheur avait cru trouver quelque ressemblance entre les observations de son antagoniste et les siennes, il n'aurait pas manqué de contester à Peu une découverte dont ce dernier se faisait gloire. Il est un ordre de preuves qui donne une nouvelle force aux remarques que nous venons de faire : c'est dans les circonstances essentielles qui se montrent dans l'un et l'autre accidens, que nous les découvrirons.

1.° *De l'hour glass* (1). — Levret a décrit avec exactitude les changemens qui ont lieu au col de l'utérus, après l'expulsion de l'enfant. « Si on porte, dit-il, la main dans la matrice, on découvre dans le vagin son col si défiguré, qu'il ressemble à une portion restante du gros intestin tronquée, et au fond duquel se trouve, à un pouce ou à deux pouces de

(1) Les Anglais se servent indifféremment de cette expression pour désigner le resserrement du col ou le chatonnement du placenta. Elle ne désigne ici que le premier accident.

longueur, une espèce d'étranglement qui est l'orifice interne froncé, et presque entièrement fermé. » Suivant M.me Boivin, le col utérin dans cet état de flaccidité présente quelquefois cinq à six pouces de longueur sur quatre ou cinq pouces de diamètre, comme elle l'a vu plusieurs fois, notamment chez une femme morte immédiatement après être accouchée. Dans cet exemple, l'utérus et l'orifice interne étaient parfaitement contractés, tandis que le col, resté dans l'inertie, offrait le volume et l'étendue du corps de l'utérus. Douglas adopte les mêmes idées dans la formation de l'*hour glass;* la stricture qui partage l'utérus, à l'union de son col et de son corps, détermine deux cavités, dont la supérieure comprend le corps et le fond, et l'inférieure le col et le vagin; l'une et l'autre ont une égale capacité. Baudelocque avait depuis long-temps émis quelques-unes des idées que nous avons énoncées, et comme Douglas, il avait jugé que cet état devait d'autant mieux se passer à l'orifice utérin, que l'organe tendait sans cesse à reprendre cette forme, soit par sa conformation, soit par les lois auxquelles il obéit. Le resserrement que nous découvrons à l'orifice interne de l'utérus, ne cède pas toujours pour livrer passage au placenta. Sous une influence que nous ne chercherons point à apprécier, il peut devenir permanent et ne pas permettre l'expulsion du délivre; c'est quelquefois un obstacle presque impossible à vaincre. Frank dit que l'orifice interne, alors paraît plutôt un cercle de fer qu'une portion de la matrice en contraction. M.me Boivin a remarqué, avec raison, qu'on a souvent pris cette contraction de l'orifice interne pour la contraction irrégulière du corps de l'utérus. Ces erreurs ont été commises par des hommes justement célèbres: on peut se rendre raison de ces méprises, par les difficultés qu'on éprouve à bien préciser le lieu de resserrement au milieu des changemens du corps et du col de l'utérus. Il paraît même que l'attention des praticiens s'est toujours exclusivement appliquée sur les moyens à mettre en usage

pour triompher de l'accident, et qu'ils se contentèrent de considérer le resserrement comme ayant lieu au corps de l'utérus, parce qu'il occupait la partie moyenne de l'organe. C'est du moins la pensée qui ressort de la lecture des observations. Mais en reportant sur ces faits les remarques tirées de l'examen anatomique de la matrice à ce temps de la parturition, on sera conduit à conclure que la partie moyenne de ce viscère correspond à son orifice interne. Il doit en être ainsi, lorsque le corps de l'utérus se trouve réduit par les contractions à ne pouvoir contenir que le placenta, dans un temps où le col continue d'être dans l'inertie, et conserve sa forme et ses dimensions.

L'observation de M.[me] Boivin est conforme aux idées que nous nous sommes formées sur le mécanisme de la délivrance. L'opinion de Mauriceau et de Baudelocque ajoute encore à cette démonstration. C'est à l'aide de ces connaissances, qu'on peut porter avec sûreté un jugement sur les observations où les auteurs ont comparé la forme de l'utérus à celle d'une calebasse ou d'un sablier.

2.° *Du chatonnement du placenta.* — Si la matrice tend sans cesse à reprendre sa forme première, elle obéit encore à une autre loi : c'est celle de prendre, au milieu de ses contractions, la figure du corps qu'elle contient et sur lequel elle agit. Avant l'expulsion du fœtus et après l'écoulement des eaux de l'amnios, elle se resserre, s'applique étroitement sur le corps de l'enfant, et en dessine quelquefois les saillies et les membres. Après la sortie du fœtus et l'extraction du placenta, si on laisse la main dans sa cavité quelque temps, on sent qu'elle l'embrasse fortement et qu'elle l'enveloppe jusqu'au poignet. Elle présente alors une cellule disposée suivant la forme qu'on a donnée à la partie qu'elle renferme. De toutes les portions de ce viscère qui se contractent le plus énergiquement, ce sont celles qui répondent au poignet lorsque la main est bien fermée. Celles qui s'étendent depuis ce point jusqu'à l'orifice

utérin n'offre qu'une faible contraction. Le témoignage des auteurs ne permet aucun doute sur la réalité de ce fait ; tous les accoucheurs sont à portée d'en reconnaître l'exactitude.

Les phénomènes qui se passent, soit autour du fœtus, soit autour de la main, peuvent se reproduire autour du placenta lorsque le décollement de ce corps éprouve des difficultés à s'opérer. La matrice se resserre sur lui, les contractions s'étendent sur toute sa masse, et les parois de cet organe, vis-à-vis la circonférence du placenta, ne rencontrant pas de résistance, se rapprochent et forment autour de lui le cercle que nous avons vu se dessiner sur le poignet de la main introduite. Dans quelques cas, la matrice ne se borne pas à se mouler sur le placenta, elle prend aussi l'empreinte de ses cotylédons, comme M. Velpeau a eu occasion de l'observer. La forme de la cellule ou du chaton devra être extrêmement variable, car le placenta n'offre pas toujours la même consistance, la même figure ni les mêmes conditions dans les adhérences qu'il contracte avec la matrice. Mais les différences les plus notables ont lieu lorsque le placenta s'implante sur les parties latérales antérieure et postérieure de l'utérus. Pendant que les contractions se montrent autour du lieu d'insertion, les autres parties de la matrice sont dans un état de relâchement et de contraction. Cette irrégularité d'action nous explique la facilité qu'on a de pénétrer dans la matrice, dans les cas de chatonnement. L'orifice interne du col peut être contracté ou relâché. Dans la première condition, l'accoucheur a rencontré deux cavités ou deux cellules, et dans la seconde, la main est arrivée sans obstacle jusqu'au lieu du chaton. Cette circonstance est la plus ordinaire. Mais dans cet état, la paroi de la matrice opposée à celle qui est le siége de la cellule est exposée à se renverser, comme nous en voyons des exemples dans les observations de Simson et de M. Herbin.

Les auteurs ont reconnu deux espèces de chatonnement, l'un complet et l'autre incomplet, suivant les dispositions de la matrice ou du placenta. Dans la première espèce, le placenta est cerné de tons côtés et emprisonné tout entier, excepté à l'ouverture d'entrée de la cellule. Dans la seconde espèce, la cellule ne circonscrit que ses bords, et l'encadre, pour ainsi dire, dans presque toute sa circonférence. Il peut être encore incomplet, lorsque le délivre est enfermé dans une cellule qui ne l'envahit pas entièrement ; ce qui peut se présenter de deux manières différentes : la cellule est complète et le chatonnement incomplet, ou bien le chatonnement partage l'imperfection de la cellule. Je n'ai rencontré qu'un exemple de la première variété. Dans l'observation d'Agaste, de Valenciennes, la cavité était bien formée, et contenait le centre du placenta qui la tapissait intérieurement dans toute sa circonférence, tandis que les autres parties de cet organe vasculaire, à la sortie de la cellule, s'inséraient sur le reste de la paroi antérieure de la matrice. Après avoir reconnu cette disposition, Agaste procéda à l'extraction du délivre, en le cernant. Lorsqu'il parvint vers son centre, qui tapissait la poche, il eut des difficultés presque insurmontables pour l'en séparer, tant l'adhérence qu'il y avait contractée était forte. Après l'extraction du placenta, il le fit macérer pendant toute la nuit, et n'y remarqua d'extraordinaire qu'une ligne circulaire où il paraissait avoir été implanté aux parois de cette poche. Dans la deuxième variété, l'imperfection de la cellule tient à ce que la matrice n'a pu prêter assez pour envelopper le placenta, ou à ce que cet organe n'a pas offert une résistance suffisante pour permettre à la matrice de se développer régulièrement sur les bords. La cellule, bien formée à la partie supérieure, va comme en mourant se terminer du côté opposé; le placenta, contenu en haut dans un enfoncement, est alors encadré vers ses parties inférieures, et souvent circonscrit par un cercle complété par des mamelons.

Le chatonnement peut se compliquer du resscrrement dc l'orifice du col utérin. Levret dit qu'il cessa de porter la main dans l'utérus, et d'étudier l'effacement de la cellule, parce quc l'orifice de cet organe commençait à résister assez pour l'obliger de lui fairc une légère violcncc. Ce qui s'cst passé ici peut se répétcr dans des cas dc chatonnement, et nous donner la raison de l'existence de deux ccllulcs placées au-dessus du col dc l'utérus. La résistance de l'orifice utérin est alors un obstaclc facilc à vaincrc. Les auteurs qui l'ont signalé ne paraissent avoir éprouvé aucune difficulté pour arriver jusqu'à la cavité contenant le placenta.

Le chatonnement peut encore être composé de deux ou trois cellules disposées dans la cellulc principale, suivant l'arrangement des cotylédons placentaircs. Nous en avons assez dit sur l'action de l'utérus sur le placcnta et les cotylédons, pour donner ici plus dc développemens.

Le châtonnement a lieu sur toutes les parties de la matrice; mais là où il a été observé le plus fréquemment, c'est sur les parois antérieure et postérieure et les côtés de la matrice. Le fond en est très-rarement le siége. On doit concevoir ce fait, en portant son attention sur le mécanisme du décollement du placenta. La matrice, quoique se contractant régulièrcment sur toutcs ses parties, conserve un action moins éncrgique et moins concentrée dans son mouvement de retrait, à ses parois et ses côtés, qu'à son fond. D'où il résulte que le placenta sera plutôt décollé sur cctte dernière partie que partout ailleurs, et que l'utérus, se resserrant davantage et concentrant scs contractions sur ce point, pourra plus promptement vaincre les adhérences établies que dans lcs cas où l'implantation serait sur toute autre région. Ce fait, bien constaté dans le dernier siècle et négligé de nos jours, devicnt évident lorsque le placenta est greffé à la fois sur le fond et sur l'une des parois; il arrive dans cette condition, que la section du fond se décolle le plus souvent la première, au lieu que

la portion fixée à la partie latérale reste encore adhérente quelque temps. Une autre cause, qui s'ajoute pour favoriser la formation du chatonnement, c'est la disposition que présente la matrice dans ses contractions, lors du décollement dans le cas de l'insertion du placenta sur une des parties latérales ou sur l'antérieure. Le disque qui répond au fond décollé le premier, se replie et est poussé vers l'orifice. « Si on introduit la main dans la matrice, pour achever le décollement et extraire le délivre, on sent que la partie de la matrice d'où il s'est décollé, s'est rapprochée de l'orifice, et que la portion du placenta qui reste adhérente, est dans une espèce d'enfoncement que l'on prendrait alors pour le vrai fond de la matrice, tourné antérieurement ou latéralement. » D'autres causes peuvent encore concourir au développement de châtonnement du placenta. Des tractions exercées sur le cordon, pour procéder à la délivrance, et faites intempestivement, ne permettant point à la matrice de régulariser de contractions, stimulent ce viscère, sur les points d'insertion du placenta, à une époque où les autres portions de l'organe ne sont pas disposées à entrer en action. Les fibres musculaires ainsi excitées, en étendant leurs contractions sur toute l'étendue du placenta, forment à sa circonférence un cercle qui l'emprisonne. Ces effets se trouvent reproduits plus facilement, lorsque la matrice a été distendue par la présence de jumeaux, ou par l'abondance des eaux de l'amnios.

Le chatonnement fournirait encore matière à beaucoup d'autres observations; mais comme elles peuvent rentrer dans celles que j'ai faites, je ne m'étendrai pas davantage. Le lecteur a pu saisir la chaîne des faits principaux, en tirer des idées générales, et établir entre les deux accidens les différences qui naissent des circonstances essentielles propres à chacun d'eux. Il nous reste à joindre sur ces deux complications de la délivrance des dévelopemens d'une autre espèce. La contraction en *hour-glass* n'a pas été de

nos jours suffisammment appréciée dans ses résultats et tous ses dangers. Le traitement à lui opposer a été toujours mal tracé, et si des auteurs ont eu connaissance des travaux publiés à l'étranger, ils nous les ont transmises d'une manière si imparfaite et si fugitive, qu'ils ne sont pas passés dans nos ouvrages classiques. Les préceptes des anciens dominent encore dans le traitement proposé, quoique souvent des revers éclatans aient montré combien ils ont été en défaut. Le chatonnement mieux étudié est un accident moins périlleux, et où la main a toujours suffi pour opérer la délivrance; si, sous le rapport du traitement, il y a peu à ajouter, il serait nécessaire de présenter aux faits la théorie nouvelle que j'ai exposée, et groupper autour d'elle tout ce qui peut servir d'éclaircissement et de démonstration. Dans l'histoire que j'ai tracée ailleurs du châtonnement du placenta, (*Journal hébdom.*), on trouve des élémens et des preuves de cette opinion; on a des motifs de conviction dans la relation des observations particulières que j'ai faites. Une autre cause, qui m'a obligé à résumer l'expérience de près d'un siècle, c'est que cette théorie était en opposition directe avec celle de Levret, et que, pour contre-balancer une si grande influence, il m'a fallu toute l'autorité des faits.

Obs. Ier — *Du traitement dans la contraction en* hour-glass. — La rétention du placenta, dans la cavité utérine ainsi partagée, n'est pas en général de longue durée. Elle ne devient la source d'indications que dans les cas où elle se prolonge et où elle est accompagnée d'accidens qui nécessitent une prompte délivrance. Les auteurs anciens ont eu souvent l'occasion de rencontrer des rétentions du placenta de cette espèce. Mais dans le temps où la science des accouchemens s'est perfectionnée, ces faits sont devenus rares. C'est par l'exposition de ces mêmes faits que nous pourrons développer les moyens propres à opposer à cette complication de la délivrance, ou à rémédier aux effets du séjour du délivre, lorsqu'ils surviendront.

Obs. Ier — Je fus appellé (1), année 1779, auprès d'une femme de la principauté de Spire, qui, après être accouchée, était restée longtemps sans être délivrée. Une perte grave était survenue, et continuait encore lorsque j'arrivai. Le chirurgien s'était efforcé, pendant plusieurs heures, d'extraire le placenta. Pour connaître la cause de cet accident, je suivis de la main le cordon ombilical, et je ne pus parvenir au placenta qui était adhérent au fond de l'utérus. Le corps de cet organe était à son centre si resserré, qu'il ressemblait à ces cucurbites à deux ventres que l'homme des champs prépare pour conserver sa boisson, et qu'après avoir franchi l'orifice naturel, je rencontrai, vers la partie moyenne de l'utérus une autre ouverture, conduisant pour ainsi dire dans une autre matrice et devenant un nouvel obstable à franchir; je tentai, à l'aide d'un ou de deux doigts, de dilater de toutes manières cette nouvelle ouverture et de préparer une voie à ma main pour arriver au placenta. Mais tous mes efforts furent inutiles. Privé de remèdes pharmaceutiques, n'ayant point à ma disposition de l'opium, j'eus la douleur de voir mourir cette malheureuse femme, avant qu'on ait pu avoir recours à l'administration de ce médicament.

Obs. IIe — Dans l'année 1784, une femme qui m'était attachée par les liens du sang, arrivée au terme de sa grossesse, fut prise des douleurs de l'enfantement, à midi; à huit heures du soir, cet accouchement se termina heureusement. Cependant la délivrance ne s'opéra point, et comme la perte ni aucun autre accident ne pressaient, j'abandonnai l'expulsion du placenta à la nature. Après une heure et demie, de nouvelles douleurs parturitives se montrèrent et donnèrent lieu à un nouvel écoulement de sang. Je tentai alors l'extraction du placenta, que je découvris adhérent au côté droit de l'utérus; mais ce viscère

(1) Ces deux observations appartiennent à Frank.

était à son centre si contracté que je ne pus avoir que la moitié du placenta; l'hémorrhagie s'arrêta pendant une demi-heure, durant laquelle j'avais cru devoir abandonner le reste du travail à la nature; mais le sang apparut de nouveau, ce qui me porta, en voyant le péril augmenter, à penser qu'il me convenait moins qu'à tout autre de prendre soin de ma parente. Je fis donc appeller auprès d'elle un homme fort habile dans l'art de l'accouchement. Il trouva l'utérus contracté spamodiquement et prenant peu-à-peu une nouvelle ampleur. Après deux heures et demie, pendant lesquelles il appliqua tous ses soins, il ne put avoir que quelques portions du placenta emprisonné; la femme avait perdu beaucoup de sang; des renvois fréquens, inodores des lipothymies; une agitation continuelle, le froid de la face et des mains, un pouls très-petit, une sueur glacée, tout cela ajoutait à nos terreurs; la femme reprit un peu, se mit à nous parler; mais elle était encore soumise aux mêmes accidens; je priai mon ami, homme très-expert, qui avait déjà tenté des injections d'eau froide dans l'utérus, de ne plus compter sur des secours manuels, et de se confier, avec moi à l'opium, mélangé de l'extrait de l'écorce de quinquina et de la teinture de canelle. Une heure après cette administration, les symptômes diminuèrent successivement; le sommeil survint; les forces se relevèrent. Le lendemain 31 mai, l'écoulement du sang avait cessé; les douleurs étaient rares; l'abdomen mou, et l'utérus contracté; l'esprit de la malade était plus gai; la fièvre était faible, il n'y avait pas de soif; l'appétit se montra vers midi; le lait parut abondamment dans les mamelles; l'enfant prit le sein. Après midi, il y eut un léger frisson. Vers le soir, il y eut sécheresse et chaleur aux mains; la soif était nulle; il n'y eut pas de garde-robes; la chaleur s'accrut après un violent frisson, et les lochies coulèrent; le flux du sang augmenta, mais le placenta restait immobile; le bas-ventre était mou et sans douleurs. Mais la malade accusait des

souffrances à la région lombaire et ressentait une chaleur brûlante dans les parties de la génération ; la pression de l'estomac était douloureuse, et la malade avait vomi. Je prescrivis une once de manne avec six drachmes de sel neutre dans une solution de camomille. Je fis injecter souvent de l'eau tiède dans l'utérus. La malade était faible, assoupie, d'une pâleur extrême; le pouls était fréquent; des insomnies la tourmentaient. Je fis poser des cataplasmes sur le bas-ventre ; un lavement fut administré et soulagea la malade. Cependant la soif était très-vive ; une mixture saline et légèrement purgative fut administrée. La nuit fut agitée; la chaleur augmenta; elle fut plusieurs fois à la garde-de-robe ; les selles étaient fétides ; le ventre mou, mais il était tuméfié ; la douleur s'était accrue aux lombes et à l'os sacrum; la soif continuait d'être vive.

Le 1er juin, les mêmes symptômes continuèrent. Des lavemens furent administrés, et des injections d'eau tiède dans l'utérus furent faites; des cataplasmes furent appliqués sur le bas-ventre. Pendant la nuit, une douleur, comme pour accoucher, se fit sentir ; le sang apparut d'abord en caillots, et après cette évacuation, s'échappa le reste du placenta; il était d'une odeur fétide, entouré de sang; les douleurs continuèrent encore pendant deux heures ; elles furent ensuite heureusement remplacées par le sommeil.

Le 2 juin, la fièvre diminua; la malade était toujours pâle, faible ; elle eut quelques désirs de prendre de la nourriture. Aucun médicament ne fut donné. Un lavement produisit une selle copieuse; en allant à la garde-robe, il y eut chute d'une partie du vagin, qui fut bientôt replacée. Des injections d'eau tiède furent continuées dans la matrice. Une selle abondante eut lieu. Vers le soir, la malade accusa une forte douleur à la région de l'utérus ; la faiblesse était plus grande, mais la fièvre existait à peine.

Le 3 juin, la malade était frappée de la crainte de la

mort, et on parvint à la calmer par des consolations plutôt que par l'emploi des médicamens. Les lochies diminuèrent tous les jours, et la malade entra en convalescence; mais le prolapsus du vagin, quoique incomplet, retint encore la femme au lit pendant quelque temps.

Des rétentions du placenta produites ainsi par le resserrement du col de l'utérus ne sont pas rares; la dilatation n'offre pas toujours les mêmes difficultés que Frank a rencontrées dans les deux observations que nous venons de rapporter. Mais il pouvait se joindre encore un autre accident qui aurait ajouté aux obstacles : le cordon ombilicale aurait pu être rompu et la main du chirurgien aurait été privée d'un guide pour être dirigée; c'est un de ces accidens dont les accoucheurs anciens se sont souvent plaint, lorsqu'ils ont été appelés après des manœuvres faites par des hommes imprudens. Si cette rétention du placenta n'est pas accompagnée d'accidens graves, la délivrance doit être plutôt abandonnée aux efforts de la matrice, que d'avoir recours à des tentatives prématurées et violentes, toujours signalées par des événemens malheureux. Mais si le sang s'échappe abondamment de l'utérus, et si la contraction spasmodique s'oppose à l'extraction du placenta ou de quelques-unes de ses parties, comme dans les exemples exposés, il arrivera ce que nous avons vu dans la première observation; la femme réduite à la dernière extrémité sera soumise à une hémorrhagie mortelle.

Dans ces cas, l'indication se réduit à arrêter l'accident qui complique la rétention du placenta. Au milieu de ces circonstances, presque tous les accoucheurs n'ont vu de salut pour la femme que dans l'extraction. Aussi ont-ils appliqué tous leurs soins à nous décrire l'opération manuelle, pour terminer promptement la délivrance, sans donner de conseils sur la résistance du col utérin, lorsqu'il devient un obstacle insurmontable. Une cause qui a rendu encore cet accident plus désastreux, c'est l'opinion généralement ré-

pandue et enseignée, que la perte ne peut être arrêtée que par une prompte délivrance. De là est née cette nécessité de franchir le plus tôt possible le col utérin pour avoir le placenta. Les archives de la science renferment assez d'exemples malheureux de ces manœuvres violentes et continuées jusqu'à la mort de la femme. En portant l'attention sur ce qui se passe à la cessation de la perte, on peut découvrir qu'elle s'opère plus par la régularisation des contractions utérines que par l'extraction du placenta, et qu'en obtenant le premier effet il est probable que la femme sera affranchie du danger qui menaçait sa vie. Cette assertion devient une vérité presque démontrée dans la dernière observation de Frank. L'opium n'est pas le seul moyen que l'homme de l'art doit tenter dans de pareilles occurrences; tous les agens recommandés contre les pertes peuvent ici recevoir leur application. L'accoucheur peut puiser de nouvelles ressources dans la médication dont on a constaté l'efficacité dans les cas du resserrement du col utérin, lorsqu'il y a présentation du bras de l'enfant. Si l'accident cédait à l'emploi de ces moyens, et que le col continuât de présenter toujours la même résistance, on devrait imiter la réserve et la conduite de Frank, et ne pas exposer par de nouvelles tentatives la femme à périr, comme cela eut lieu dans l'observation rapportée par Peu. Le nom de l'auteur rattachant ce fait à notre sujet, je vais le transcrire.

«La femme d'un entrepreneur à Marly eut le malheur d'être accouchée d'un gros garçon par un novice en chirurgie, à qui l'adhérence du délivre donna l'occasion de rompre le cordon dans sa racine. Cet accident l'étonna si fort qu'il en fut déconcerté; de sorte qu'au lieu de tenir la main dans la matrice pour l'entretenir ouverte, pendant qu'on irait au secours, il la laissa refermer. Son accouchée fut trois jours entiers en cet état, durant lesquels plusieurs chirurgiens des environs s'exercèrent et firent ce qu'ils purent pour la soulager. J'y fus mandé, et j'y passai la nuit du 3

au 4. Nous l'employâmes à la saignée du pied et en d'autres remèdes, pour tâcher de faire dilater les parties assez pour y introduire la main et attirer ce corps étranger entier ou en pièces du mieux qu'il serait possible. Le matin suivant je fis remarquer qu'il y avait déjà de l'ouverture à y porter le doigt, au bout duquel on sentait l'arrière-faix; ce qui nous fit espérer et conclure avec ceux qui étaient présens, qu'il fallait attendre plutôt que de rien forcer et de précipiter dans des symptômes infailliblement mortels. Ne pouvant faire plus, je m'en retournai à Paris, et j'appris à quelque temps de là, d'un de mes confrères, que cette femme ayant été forcée, contre l'avis et les mesures qu'on avait prises, elle était morte dans la perte de sang. » (*De la Pratique des accouchemens*, livre 2, page 519.)

La réflexion que je dois placer ici, avant de terminer l'histoire du traitement, est relative aux injections faites dans la matrice. On doit concevoir qu'un organe aussi volumineux que le placenta, soumis à la décomposition, doit provoquer des accidens graves dans le viscère qui le contient, si on ne s'empresse pas de le dépouiller des substances irritantes et putrides à mesure qu'elles se trouvent produites. Les injections, telles qu'on les fait de nos jours, ne peuvent conduire à ce résultat, car les seringues qu'on destine généralement à cet usage ne sont pas assez grandes et ne contiennent pas assez de liquide pour délayer et entraîner le limon putrescent, et pour faciliter en même temps la descente du placenta dans le vagin et sa sortie complète. Il devient donc nécessaire d'avoir recours à des seringues ordinaires qu'on aura soin de munir d'un tube de gomme élastique, et qu'on dirigera à l'aide du doigt dans l'orifice utérin pour faire des injections à grands flots dans la cavité de cet organe. Ce précepte, d'une exécution facile, recommandé par Levret dans les cas de l'extraction du placenta des fœtus abortifs, a été trop négligé de nos jours. Je dirai même que c'est à cette négligence qu'il faut le plus souvent

attribuer les accidens graves qui se déclarent à la suite des avortemens. Les craintes des anciens n'étaient point exagérées lorsqu'ils donnaient tant d'importance à l'expulsion de l'arrière-faix, et leur pronostic était le plus souvent vrai, lorsqu'ils reconnaissaient pour cause de la mort les effets de l'absorption des miasmes que la décomposition du placenta a développés. Lors même que la délivrance est entièrement accomplie, il ne faut pas oublier que la matrice a été soumise à l'action prolongée de substances irritantes qui ont dû laisser une impression durable, et qu'il est nécessaire d'effacer jusqu'à la moindre trace de l'événement.

Du traitement du chatonnement du placenta. —Le chatonnement du placenta ne présente ordinairement d'autres indications que celles de porter la main dans la matrice, de pénétrer à l'aide de plusieurs doigts dans le chaton, de dilater son ouverture, et de favoriser les contractions utérines et l'expulsion du placenta. Le plus souvent ce corps est renfermé dans la cellule sans aucune adhérence. Il suffit alors de l'extraire. Ce sont les cas les plus communs. La complication qui a fréquemment lieu est la rupture du cordon ombilical; elle devient un motif de surprise et d'embarras plutôt qu'une cause d'inquiétude. La facilité qu'on éprouve d'entrer dans la cellule, a permis presque toujours de terminer promptement la délivrance lorsqu'une perte est venue s'ajouter. Sous le rapport de la terminaison, il existe de notables différences entre l'*hour glass* et le chatonnement, et ces différences se rencontrent également dans le traitement.

Lors de la délivrance, il n'est pas rare de voir, chez les femmes maigres, la matrice présenter sur sa surface deux tumeurs, dont l'une, semblable au cul d'une assiette, contient le placenta, et l'autre, placée plus bas et ordinairement sur le côté, s'unissant avec la première par une espèce de collet, constitue l'autre portion du corps de cet organe. A mesure que les contractions acquièrent plus d'intensité et plus

de fréquence, on voit ces deux tumeurs s'effacer et se confondre pour ne plus former que le globe utérin. Si, avant ce temps de la délivrance, on introduisait la main dans la cavité, on découvrirait une cellule renfermant le placenta, comme Leroux, de Dijon, l'a observé, ainsi qu'il le rapporte dans sa LIV.e observation. Ces cas se présentent plus souvent qu'on ne le pense généralement, et le chatonnement du placenta n'est alors qu'un phénomène presque ordinaire de la délivrance ; il ne devient accident que lorsque l'adhérence immédiate n'a pas été détruite par les contractions utérines, ou qu'elle a donné lieu par sa durée à la formation complète du chaton. Ainsi considéré, l'enkystement du placenta est une complication rare. On doit s'en rendre raison par ce qui se passe autour du placenta sous l'influence des contractions utérines; en effet, le placenta est non seulement soumis au travail ordinaire du décollement, mais encore il se trouve comprimé et renversé sur lui-même dans le développement et la formation de la cellule. Ces deux causes ont presque toujours produit le décollement, ou bien ont affaibli les adhérences qui retiennent le placenta ; l'accoucheur n'a eu la peine que de porter la main dans la matrice, de dilater le collet de la cellule; et s'il éprouve quelques difficultés elles viennent moins de l'accident que du lieu d'insertion du placenta où la main est obligée d'agir. Cependant il peut exister des complications qni nécessitent l'attention et toute l'habileté du praticien, pour arriver à la délivrance. Ces complications sont ordinairement, 1.° une adhérence morbide ; 2.° le renversement d'une portion du corps de la matrice; 3.° la perte. L'adhérence est le seul accident que je dois examiner, comme étant la cause première du chatonnement, et plus tard constituant dans les cas épineux toutes les difficultés. Les deux dernières complications n'ayant rien de spécial, j'ai dû les passer sous silence.

Van-Doeveren rapporte, à la suite d'une observation de

chatonnement où il éprouva de la peine à extraire le placenta, qu'il en rencontra un autre exemple où il fut obligé de l'extraire par morceaux. « *Anno enim insequente similis iterum mihi occurrit in fœminâ, partu ad modumdifficili, ob situm uteri obliquum, afflicta, in quâ, excusso fœtu, inveni placentam parieti anteriori uteri adnexam, sacco itidem peculiari inclusam, ad quem aditus patebat digitisper orificium, unum ferè pollicem cum dimidio sua diametro equans, et funiculum umbilicalem in uteri cavum emittens. Funis ruptura, firma placentæ adhæsio, locus adnexionis pro solutione ejus difficillimus, aliæque causæ, faciebant, ut non, nisi per partes et repetita conamina, à secundinis liberare potuerim decumbentem; quæ tamen feliciter dein evasit.* » (*Specimen observationum academicarum*, page. 175.) Les délivrances ainsi compliquées n'ont pas toujours les mêmes résultats. J. Ingleby nous donne, dans son ouvrage, un exemple de chatonnement où l'adhérence ne put être détruite, et où la malade succomba.

« Je fus appelé, dit-il, vingt-six heures après la naissance de l'enfant, auprès d'une femme dont le placenta était encore retenu dans la matrice. Le cordon ombilical avait été arraché au point de son insertion; l'orifice de la matrice égalait la circonférence d'un dollar, et le doigt pouvait l'apprécier aisément, comme dans la première période du travail, et reconnaître une portion du placenta détachée immédiatement au-dessus. Je parvins à traverser le col utérin qui embrassait immédiatement ma main. La portion détachée du placenta pouvait être sentie à travers un rétrécissement dans le centre de l'organe, qui ne me permit qu'avec difficulté d'avancer plus loin mon doigt, et au-dessus duquel le placenta était fermement adhérent. Le jour précédent, l'accoucheur avait tenté de franchir ce passage; il m'assura que le placenta ne pouvait être senti; le resserrement embrassait étroitement le cordon, qui s'é-

tait alors rompu. Lorsque je vis la patiente le jour suivant, le spasme avait diminué d'intensité, et permettait à une partie du placenta de passer à travers. L'opium et l'huile de castoréum avaient été employés à hautes doses. La turbulence de la patiente me força de renoncer à toute entreprise; elle déclara qu'elle aimait mieux mourir que de permettre des tentatives pour vaincre le resserrement. Je fus encore appelé auprès de cette patiente cinq jours après. Elle était accablée par des souffrances et des douleurs qui étaient aussi violentes que lors du passage de l'enfant à travers l'orifice interne. La respiration était pénible, le pouls rapide; l'odeur qui s'exhalait des parties naturelles était intolérable; le danger était porté à son comble. La main passa encore à travers l'orifice de l'utérus, mais ne put franchir le second rétrécissement. Une large portion du placenta seulement s'échappait à travers cette ouverture. La mort arriva le treizième jour. L'autopsie cadavérique nous montra le corps de l'organe uniformément sain; une portion du placenta, de la grosseur d'un petit œuf, fut trouvé attachée au fond de l'organe, et son adhérence était telle, qu'on ne put la détruire ni par les doigts ni par la macération. » (*A Practical treatise on uterine hemorrhage*, etc.; page 196.)

Agaste, de Valenciennes, nous a donné aussi l'exemple d'un chatonnement du placenta, compliqué de l'adhérence morbide. L'accoucheur fut plus heureux, car il parvint à extraire le placenta tout entier. L'observation est trop remarquable pour ne pas être placée à côté de celle d'Ingleby.

« Je fus appelé, dit Agaste, le 21 septembre 1756, à neuf heures du soir, pour délivrer une femme qu'on me dit être épuisée de sang et accablée de douleurs, dont la cause procédait d'un placenta qu'une sage-femme n'avait pu extraire, quoiqu'elle eût fait jusqu'au moment de mon arrivée différentes tentatives pour délivrer cette femme, qu'elle avait accouchée à trois heures après midi, d'un enfant vivant et bien conformé. Je l'ai interrogée d'abord sur

le sujet qui l'avait empêché de terminer son opération. Elle me répondit qu'elle croyait qu'il y avait une mole dans la matrice. Cette réponse, qui me parut équivoque, me détermina à y porter la main, qui, guidée par le cordon ombilical, me fit reconnaître, au lieu d'une mole, une cavité ou poche située à la paroi antérieure de cette matrice, à environ trois travers de doigt au-dessus de l'arcade des os pubis, et dans laquelle cavité je ne pus introduire que deux ou trois doigts avec l'extrémité desquels j'en touchai à peine le fond, qui était applati. Son entrée formait une espèce de col, du diamètre d'environ deux pouces, qui se trouvait beaucoup plus étroit que son fond, et dans laquelle cavité était placé le centre du placenta qui la tapissait intérieurement dans toute sa circonférence, de même que le reste de la paroi antérieure interne de la matrice, où il s'était intimement attaché. Après avoir reconnu ces circonstances, je procédai à l'extraction du délivre, en le cernant. Lorsque je parvins vers son centre qui tapissait cette poche, comme je viens de le dire, j'eus des difficultés presqu'insurmontables pour l'en séparer, tant l'adhérence qu'il y avait contractée était forte. Ayant été obligé, pendant que je manœuvrais, de faire former un point d'appui sur les régions iliaque et lombaire gauches, par cette sage-femme, tandis qu'avec ma main gauche j'en formais un autre sur les régions opposées, pour assujettir la matrice, d'autant qu'elle vacillait pendant mon opération, que je n'ai pu accomplir sans faire sentir à la malade des douleurs très-vives, par rapport à l'adhérence intime de l'arrière-faix avec la matrice, où j'introduisis une seconde fois ma main pour en tirer les caillots qui auraient pu y être restés, j'ai senti que cette cavité (dont la figure ne peut être mieux comparée qu'à celle d'une bourse de jetons à demi-fermée), était plus considérable, eu égard à l'issue du placenta qui la remplissait en partie, étant adossée au côté droit de la ligne blanche. La quantité de sang que cette femme avait

perdu dans l'espace de six heures, que cette sage-femme l'avait toujours flattée de la délivrer, l'avait exténuée et affaiblie, au point que je désespérais de sa vie; car il est certain, comme je l'ai dit ci-dessus, qu'elle avait fait, dans cet espace de temps, différentes tentatives pour tirer cet arrière-faix; ce que j'ai observé par l'orifice de la matrice qui s'était peu contracté, et l'effusion du sang, ne provenait sûrement que de quelque point de la circonférence du placenta qui avait pu être séparé, d'où procèdent toujours les pertes utérines. J'ordonnai une potion calmante et anti-hystérique : je fis macérer pendant la nuit l'arrière-faix, que je visitai le lendemain, et auquel je ne remarquai d'extraordinaire qu'une ligne circulaire vers le centre, où il paraissait avoir été implanté aux parois de cette poche. L'accouchée avait ressenti peu de tranchées pendant la nuit, et était autant bien que sa faiblesse pouvait le permettre; l'évacuation des lochies s'était établie, et elles fluaient en quantité proportionnée à ses forces. J'ordonnai un régime convenable à son état. J'avais plus à combattre la faiblesse que la fièvre, qui n'augmenta que le soir du second jour. La galactose ayant été parfaite, elle en fut délivrée, partant de la fièvre, le cinquième jour. Cette poche, qui faisait saillie à l'abdomen, ne s'est plus rendue palpable après le cinquième jour de la couche; sans doute que la contraction du muscle utérin, qui fait insensiblement diminuer le volume de la matrice, l'aura fait perdre au tact; d'ailleurs cet organe, reprenant ses dimensions ordinaires, se trouve recouvert par les intestins. L'accouchée ayant été, par les secours que je lui apportai et les soins qu'on lui rendit, de mieux en mieux, fut en état de sortir au bout de cinq semaines. »

Une ressource, dont les accoucheurs anciens ont été privés, est l'injection d'eau froide par la veine ombilicale dans le placenta, et dont le docteur Mojon nous a fait le premier connaître les avantages contre les adhérences de cet organe.

Deux indications se trouveront remplies dans l'application de ce moyen; celle de changer l'ordre des contractions et de les régulariser, et celle de dilater la cellule et d'aggrandir l'ouverture d'entrée, par l'accumulation d'un nouveau liquide dans le tissu vasculaire du placenta. Je n'ai pas eu encore l'occasion d'apprécier la valeur de ce moyen. La ressource que j'ai mise en pratique, lorsque le décollement du placenta tarde à s'opérer, consiste à plonger le cordon ombilical dans un verre d'eau froide. Cette transmission d'une température froide dans la cavité de la matrice, a eu toujours pour effet de provoquer les contractions du corps de l'utérus, et de hâter la délivrance. Je n'ai pas encore tenté les injections dans le chatonnement du placenta. Mais l'analogie nous porte à croire au succès de ce moyen.

Mémoire sur l'appareil inamovible dans le traitement des fractures; par M. BÉRARD *jeune, agrégé à la Faculté, chirurgien du Bureau central.*

Première partie. — Chargé depuis bientôt une année de la direction du service de chirurgie à l'hôpital Saint-Antoine, j'ai soumis presque tous les malades atteints de fracture à l'application de l'appareil inamovible. Mon but a été de m'éclairer sur les avantages et les inconvéniens de cette méthode à laquelle M. Larrey prodigue tant d'éloges, tandis qu'elle est complètement négligée par tous les chirurgiens des hôpitaux civils de Paris. C'est le résultat pur et simple de tous les faits que j'ai observés, que je vais consigner dans cette première partie de mon travail; dans la suivante, j'essayerai de traiter dogmatiquement ce sujet, et je mettrai alors à profit et la pratique des autres et les méthodes thérapeutiques qui ont de l'analogie avec celle dont je m'occupe.

Le mélange dont je me suis constamment servi pour obtenir un appareil inamovible est formé de blancs d'œufs,

d'eau-de-vie camphrée, d'eau blanche ; c'est le mélange indiqué par M. Larrey fils, dans sa Dissertation inaugurale, page 8, (*Paris*, 1832, n° 173). Nous lui donnerons, avec lui, le nom d'étoupade.

Obs. Ire. — La première application de l'appareil inamovible eut lieu pour une fracture du péroné. Un homme d'une bonne constitution, en tombant d'un lieu assez élevé sur la partie externe de la jambe gauche, s'était cassé le péroné à trois pouces au-dessus de la malléole. L'accident datait de 48 heures. Il n'y avait qu'un médiocre gonflement du bas de la jambe sans ecchymose ni phlyctènes. Les mouvemens latéraux imprimés au pied faisaient naître la crépitation dans le lieu indiqué, seul point qui fût d'ailleurs douloureux à la pression.

Je vais décrire, une fois pour toutes, la manière de faire l'application de l'appareil dans les cas de fracture du péroné ; le même bandage convient à la fracture du tibia et à celle des deux os de la jambe. Les pièces qui le composent sont : un *drap fanon*, drap plié en plusieurs doubles ; les *fanons*, deux cylindres de paille serrés fortement avec des ficelles ; le diamètre de chacun d'eux est d'un pouce et demi environ ; leur longueur doit être telle qu'en bas ils ne dépassent pas le pied, et qu'en haut ils se terminent au niveau du genou ; les *remplissages*, deux coussins de balle d'avoine assez épais et un peu plus longs que les fanons ; la *talonnière*, coussin conique en étoupe, de six pouces de long sur trois de large, et de deux d'épaisseur à sa base ; le bandage à dix-huit chefs ; l'*étrier*, compresse longuette. La *tibiale*, grande pièce de toile découpée sur la forme de l'appareil ; les *liens*, trois rubans de fil ; une bande d'une aune de long.

Le malade est couché sur un lit assez ferme et dont la surface est plane. Le membre est soulevé par des aides afin de pouvoir placer sous lui les pièces du bandage et de rouler une bande autour du pied et des malléoles. Cette

bande est imbibée du liquide résolutif et sert à faire le bandage connu sous le nom d'étrier ; de telle sorte qu'elle recouvre exactement le pied et la partie inférieure de la jambe. Le bout des orteils, seul, est en liberté, et cette petite portion du membre que l'on aperçoit sert de boussole pour faire connaître par sa couleur, sa tension et sa température, quel est l'état des parties que le bandage soustrait aux regards pendant le reste du traitement.

La jambe est posée sur les pièces d'appareil de telle sorte que le drap fanon, par son bord supérieur, atteigne le jarret, et par l'inférieur, dépasse le talon de deux à trois pouces. L'extension et la contre-extension étant pratiquées selon les préceptes connus, on place sur le lieu de la fracture quelques compresses longuettes imbibées du mélange, et par-dessus on relève les lanières du bandage à dix-huit chefs, imbibé du même mélange, et disposé de telle sorte que les chefs se recouvrent les uns les autres de bas en haut, et sans faire aucun pli. L'extrémité inférieure du membre est alors légèrement soulevée ; la talonnière engagée sous le talon parallèlement au tendon d'Achille, la base vers le talon qui la déborde un peu. Le bandage qui entoure la jambe, et le drap fanon sont alors abondamment arrosés avec l'étoupade ; la tibiale est étendue au-devant de la jambe jusque sur le coude-pied, ses bords latéraux engagés sous le membre. On couche les deux paillassons sur les côtés de la jambe de telle sorte qu'ils dépassent le pied d'un pouce à-peu-près; les fanons, roulés dans les bords du drap fanon, arrivent parallèlement à la jambe sur le côté externe des paillassons, et pressant exactement sur eux, sont maintenus rapprochés à l'aide des liens que l'on attache par un nœud à rosette sur le fanon externe. Il n'y a plus qu'à soutenir le pied avec la pièce dite l'*étrier*, dont le plein, posant sur la plante du pied, en est séparé par un peu d'étoupe, tandis que les chefs ramenés sur le coude-pied, sont cousus au drap fanon, sur la face externe de

chaque fanon. Les extrémités des paillassons sont également ramenées sous la plante du pied et cousues ensemble, ainsi que la portion libre du drap fanon qui débordait la partie inférieure du membre.

Pendant toute la durée de l'application de l'appareil un aide bat le mélange avec un petit balai, afin de prévenir une coagulation trop prompte et par masses volumineuses des blancs d'œufs.

L'appareil étant ainsi appliqué, fut au but de 24 heures transformé en une seule pièce, offrant déjà une grande solidité. Le lendemain il était entièrement dur. Il fut supporté sans aucune souffrance ; et le 40e jour, soupçonnant la fracture consolidée, je fis prendre un bain alcalin au malade, afin de ramollir les pièces d'appareil et de pouvoir les enlever plus facilement ; la jambe mise à nu parut parfaitement conformée, le cal à peine sensible, et assez solide pour soutenir le poids du corps.

Obs. IIe. — Un enfant de 8 ans eut les deux os de la jambe droite fracturés par la chute d'une table assez lourde, sur le membre. Les deux os étaient cassés vers le milieu de leur longueur, le tibia un plus haut que le péroné. Il y avait seize heures que l'accident était arrivé quand l'enfant fut amené à l'hôpital. Un gonflement médiocre existait au niveau de la fracture, la jambe était ecchymosée, mais exempte d'une violente contusion. L'extension et la contre-extension étant faites selon les règles connues, il fut aisé d'obtenir une coaptation exacte des fragmens ; l'appareil fut aussitôt appliqué. Au bout de deux jours, toutes les pièces d'appareil étaient intimement collées et formaient un tout tellement compact que je crus pouvoir quelques jours après céder au désir des parens qui voulaient reprendre leur enfant chez eux. Aucun accident ne résulta de ce voyage de près d'une lieue, et trente-cinq jours après on ramena le blessé à l'hôpital. L'appareil fut aussitôt enlevé, la consolidation était parfaite et sans aucune difformité.

Obs. III.e — Dans les premiers jours du mois d'octobre 1832, on coucha au N° 1 de la salle Sainte-Marthe, une femme d'une trentaine d'années dont l'avant-bras s'était engagé dans les rouages d'une mécanique à filer. Il en résulta une fracture des deux os de l'avant-bras à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur du membre ; en outre le cubitus était fracturé une seconde fois, deux pouces plus haut. Cette malade, amenée le jour même de l'accident à l'hôpital Saint-Antoine, avait déjà un gonflement assez considérable de l'avant-bras et des douleurs vives au niveau de la fracture ; on lui pratiqua le soir une assez forte saignée. Le lendemain matin le gonflement était plutôt accru que diminué, les douleurs persistaient ; néanmoins l'appareil inamovible fut de suite appliqué.

La conformation particulière de la main et de l'avant-bras exige un mode de pansement qui n'est pas semblable à celui que nous avons décrit à propos de la jambe. J'entourai d'abord chacun des cinq doigts avec une petite bande imbibée du liquide, puis le reste de la main et le poignet furent modérément comprimés à l'aide d'une bande elle-même humectée ; de telle sorte que la main était prise comme dans un gant de toile souple d'abord, mais dont la dureté devint bientôt égale à celle du carton. La réduction étant opérée et l'avant-bras mis en supination, je plaçai deux compresses graduées assez épaisses, et de la longueur de l'avant-bras sur les plans antérieur et postérieur du membre, et par-dessus chacune d'elles une attelle de carton de la même longueur, et trempée ainsi que les compresses dans le mélange résolutif. Le bandage à dix-huit chefs fut ensuite appliqué comme à la jambe ; je plaçai deux attelles de bois sur celles de carton, séparées des autres par l'appareil à dix-huit chefs ; la postérieure ne dépassait pas le poignet, mais l'antérieure descendait jusque vers la paume de la main. Une longue bande arrosée avec le mélange servit à fixer ces deux dernières attelles et compléta le bandage.

Les douleurs qui existaient au moment de l'application de l'appareil persistèrent au même degré pendant les deux premiers jours, et la malade, à chaque visite, me suppliait de mettre son avant-bras en liberté, mais je ne crus pas devoir céder à ses instances, rassuré que j'étais contre la gangrène, par le bon état des extrémités des doigts, dont la couleur, la température et la sensibilité conservaient leur état normal.

Les douleurs ayant complètement disparu après quelques jours, à l'aide du repos, de la diète et des boissons émollientes, la malade put recevoir une alimentation plus abondante, sortir du lit, et porter le bras en écharpe.

Vers le 20.e jour, les pièces de l'appareil n'étaient que lâchement appliquées sur le membre, les liens furent un peu resserrés. Au 42.e jour, le bandage fut levé, la consolidation était parfaite; l'espace inter-osseux aussi large que celui du côté opposé. Les mouvemens de pronation et de supination, d'abord un peu gênés par suite de la longue immobilité du radius sur le cubitus, ne tardèrent pas à reprendre toute leur étendue.

IV.e *Obs.* — Alexandre Bureau, âgé de 54 ans, chapelier, se fractura la jambe à deux pouces au-dessus des malléoles, dans une chute qu'il fit de sa hauteur, son pied étant engagé dans une ornière. On le transporta le soir même 28 novembre 1832, à l'hôpital Saint-Antoine. L'interne de garde se contenta de soutenir les fragmens et de les maintenir en place au moyen d'une bande roulée imbibée d'eau-de-vie camphrée, et d'une position un peu élevée de la jambe sur un paillasson de balle-d'avoine. Le 29 novembre, il n'y avait encore que très-peu de gonflement; l'appareil inamovible fut aussitôt appliqué. Un peu de douleur persista jusqu'au lendemain, qu'elle disparut complètement. Nul accident ne troubla la marche de la maladie, et au bout de sept semaines, lorsque le membre fut mis en liberté, la consolidation fut trouvée achevée, et la configuration du membre parfaitement régulière.

V.e *Obs.* — Le nommé Civot (Jean-Baptiste), âgé de 14 ans, se fractura la cuisse vers la partie moyenne, le 27 novembre 1832. La fracture était oblique et accompagnée d'un déplacement assez considérable, selon la longueur du membre. Dès le lendemain, c'est-à-dire le 28 au matin, je procédai à l'application de l'appareil inamovible. La manière de placer cet appareil ne diffère pas de celle que j'ai décrite à propos de la fracture des os de la jambe ; seulement, au lieu d'un bandage à dix-huit chefs, composé de trois compresses, il en faut un à trente chefs formé par cinq compresses, dont deux répondent à la cuisse, deux à la jambe, et la cinquième au genou. Les fanons, le drap fanon et la tibiale doivent remonter jusqu'à la partie supérieure de la cuisse.

Le chirurgien ne saurait apporter trop de soin à la réduction de la fracture. Dans le cas qui nous occupe, je parvins, non sans peine, en faisant faire des tractions modérées et graduellement plus énergiques, à obtenir une coaptation exacte des fragmens. Les efforts d'extension et de contre-extension furent continués pendant toute la durée du pansement, et lorsque les fanons furent attachés avec les liens il fut aisé de voir que le membre conservait la même longueur que celui du côté opposé. Il ne survint aucun accident pendant la durée du traitement. Vers le milieu de janvier, le malade remuait son membre tout d'une pièce avec son bandage ; il disait sentir sa cuisse très-solide : en conséquence, j'enlevai l'appareil le 20 janvier, et je trouvai une consolidation très-exacte du fémur, sans raccourcissement ni déviation ; les mouvemens du genou, d'abord douloureux et très-bornés par suite de l'extension prolongée de la jambe sur la cuisse, reprirent peu-à-peu, à l'aide de l'exercice et des bains, leur souplesse accoutumée, et le malade sortit entièrement guéri le 4 février 1833.

VI.e *Obs.* — Pierre-Joséphine Denis, terrassier, âgé de 17 ans, fut amené le 8 décembre 1832, à l'hôpital Saint-

Antoine, pour une fracture complète de la partie moyenne de la jambe, produite par la chute d'une roue de voiture dont l'essieu s'était rompu. L'appareil inamovible fut appliqué par l'interne de mon service huit heures après l'accident, avant qu'il y eût encore aucun gonflement. Il ne survint ni étranglement, ni gangrène, accidens que l'on pouvait redouter en ayant égard aux circonstances particulières de cette fracture. Les choses se passèrent comme dans les cas les plus simples, et le malade put quitter l'hôpital le 29 janvier, trois semaines après que la jambe eut été mise en liberté.

VII.ᵉ *Obs.* — Levasseur (Etienne-Paul), âgé de 49 ans, eut la jambe fracturée le 18 décembre 1832. Les deux os étaient rompus à l'union de leur tiers inférieur avec le moyen. L'accident fut produit par un éboulement de terre. L'élève de garde fit l'application de l'appareil ordinaire au moment de l'entrée du blessé dans l'hôpital. Cet appareil fut continué pendant dix jours; ce ne fut que le 11.ᵉ jour après l'accident, que j'enveloppai le membre dans l'appareil de M. Larrey : la jambe était alors sans douleur, sans gonflement, sans inflammation; les fragmens étaient en contact parfait, mais ce n'est pas parce que des accidens existaient au moment de la fracture et dans les premiers jours qui l'ont suivie, que j'ai retardé l'application de l'appareil inamovible; cette temporisation a été due à des circonstances complètement étrangères au blessé.

La maladie suivit sa marche accoutumée : le bandage fut enlevé le 10 février; la jambe avait sa longueur et sa rectitude naturelles, et le malade sortit le 18 février parfaitement guéri.

VIIIᵉ *Obs.* — J'ai maintenant à décrire un cas où des accidens mortels, indépendans de la fracture et de son traitement, sont survenus vers la fin de la consolidation du cal, et ont nécessité la levée prématurée des pièces d'appareil. Un terrassier d'une quarantaine d'années fut

renversé par un éboulement de terre qui produisit une plaie de tête assez étendue au-dessus du sourcil gauche et une fracture de cuisse du même côté. Nous le reçûmes à l'hôpital Saint-Antoine, peu de temps après l'accident, et le membre fracturé fut de suite placé dans l'appareil inamovible. La plaie de tête n'a donné lieu à aucun accident et a rapidement marché vers la cicatrisation. Nulle complication n'avait non plus entravé la consolidation de la fracture, et le temps approchait où j'allais enlever les pièces d'appareil, lorsque le malade fut atteint d'accidens généraux qui me parurent le résultat d'une inflammation du tube digestif. En même temps, la hanche du côté de la fracture était le siége d'une rougeur érysipélateuse, et le malade accusait le sentiment d'une chaleur douloureuse dans toute la cuisse gauche. J'enlevai de suite le bandage, et je reconnus que l'érysipèle s'étendait jusqu'au genou. Malgré l'emploi des antiphlogistiques, les accidens locaux et généraux acquirent de jour en jour plus d'intensité. L'érysipèle s'étendit à tout le membre abdominal gauche; des frissons irréguliers, la fréquence et la dureté du pouls, la sécheresse de la peau annoncèrent la formation de collections purulentes dans les parties envahies par l'érysipèle; un premier abcès fut ouvert au côté interne de l'articulation tibio-tarsienne; un autre beaucoup plus considérable apparut à la cuisse; son ouverture donna issue à une quantité énorme de pus; elle ne fut pas suivie du recollement de ses parois, et le malade succomba quelques jours après.

A l'ouverture du corps, nous avons trouvé que l'abcès de la cuisse était formé de deux loges principales; l'une descendant depuis le milieu du fémur jusqu'au niveau du condyle interne sans pénétrer dans l'articulation du genou; l'autre, communiquant avec la première loge en arrière et en bas de la cuisse, se portait en-dehors et s'ouvrait dans l'articulation tibio fémorale. Un pus d'un gris noirâtre et d'une odeur fétide remplit ces deux foyers et l'articulation

du genou. L'abcès voisin de l'articulation tibio-tarsienne communique aussi avec cette dernière ; tout le tissu cellulaire sous-cutané du membre est infiltré et comme lardacé. L'articulation du genou du côté droit contient quelques cuillerées d'un liquide sémi-concret, puriforme et mêlé avec de la synovie. Il y avait un troisième abcès très-considérable, placé entre les muscles psoas et iliaque gauches. De la fosse iliaque, où était le principal foyer, le pus passait sous l'arcade fémorale dans la gaîne fibreuse des psoas et iliaque, pénétrait dans l'articulation coxo-fémorale et était limité en bas au petit trochanter : il y avait donc quatre articulations principales baignées par le pus. Les cartilages articulaires étaient déjà en partie détruits dans celles du genou et du pied gauche ; dans les autres, il n'y avait qu'une simple rougeur de la membrane synoviale. Toutes les autres articulations du corps étaient saines.

Les veines du membre abdominal gauche et celles du bassin n'ont présenté aucune trace d'inflammation. Les organes renfermés dans les trois cavités splanchniques n'ont pas offert d'altérations dignes d'être notées.

Quant au fémur, voici dans quel état il se trouvait : la fracture existe à l'union du tiers inférieur avec le moyen ; elle est oblique de telle sorte que la solution se dirige de haut en bas et de dehors en-dedans. Le fragment inférieur chevauche sur le supérieur, en se portant en haut et en dehors, de telle sorte qu'il y a un racourcissement d'un pouce et demi. Un fragment de 15 lignes de long, de 4 à 5 de large, détaché du fragment supérieur, se porte en dedans et en avant ; un autre fragment, plus long que le précédent, tenant encore à l'inférieur, répond par sa base au condyle externe du fémur et par son sommet au bord externe de l'os. Il y avait donc eu une fracture comminutive. Les diverses pièces osseuses sont unies entre elles par la sécrétion de substance qui constitue le cal ; cette substance a déjà acquis un degré de solidité assez considérable pour em-

pêcher tout mouvement entre les fragmens qui forment un tout déjà capable de supporter, sans se rompre, des efforts latéraux considérables. Du reste l'os a conservé sa rectitude naturelle. Le pus des abcès de la cuisse dont nous avons parlé, baignait la superficie de la masse du cal; mais une coupe faite transversalement à ce niveau montrait que le travail de la consolidation s'était opéré très-régulièrement.

Cet examen apprend que la maladie n'a pas eu son point de départ dans la fracture; que celle-ci était en voie de guérison quand les accidens sont survenus, et qu'on ne peut les mettre sur le compte de l'appareil inamovible.

IXe *Obs.* — Durmard-Jacques, charretier, âgé de 24 ans, arriva à l'hôpital Saint-Antoine, le 12 décembre 1832, avec une fracture du fémur. L'accident avait eu lieu deux jours auparavant, à quelques lieues de Paris. Le malade nous raconta qu'étant pris de vin, il avait été renversé de sa voiture qui pesait 3,000 livres et qu'une des roues lui avait passé sur la cuisse; qu'un des fragmens de l'os avait percé les parties molles et qu'un chirurgien en avait fait la réduction, et avait ensuite appliqué un bandage. Ce bandage était encore en place, quand je vis le malade; il se composait de compresses superposées, appliquées circulairement autour du membre fracturé, de remplissages faits avec du vieux linge et de deux attelles latérales. Toutes ces pièces étant enlevées, je constatai l'existence d'une fracture du fémur, simple quant à la solution de continuité de l'os qui était partagé très-obliquement en deux fragmens vers sa partie moyenne, et compliquée d'une plaie étroite occupant la partie antérieure de la cuisse et située un peu au-dessous de la division de l'os. Il y avait du gonflement, un peu de douleur et de la sérosité sanguinolente s'écoulait par la plaie. En considérant que les parties molles de la cuisse n'offraient pas de traces de contusion, que le fémur n'était pas brisé en esquilles, je ne pus admettre que Durmard nous

eût donné la véritable cause de cet accident; sans doute que l'état d'ivresse dans lequel il se trouvait l'a empêché de reconnaître les circonstances de sa blessure, et je pense que la fracture a été produite par la chute sur le genou, et que le fragment supérieur poussé par le poids du corps a traversé les chairs, l'aponévrose d'enveloppe et la peau, ainsi que cela eut lieu sur le célèbre A. Paré après une fracture de jambe.

Des compresses imbibées d'une liqueur résolutive furent appliquées sur le membre et les fragmens maintenus avec les attelles latérales pendant les six premiers jours. Ce ne fut pas sans quelqu'inquiétude que je me décidai à traiter cette fracture par l'appareil inamovible. Car, malgré la confiance de M. Larrey dans ce moyen, et les succès qu'il a obtenus dans des cas semblables, je ne pouvais bannir les craintes que faisait naître en moi l'abandon des préceptes auxquels je m'étais jusque-là conformé, pour recourir à un moyen si différent de ceux que j'avais vu mettre en usage dans les hôpitaux où j'avais puisé mon éducation chirurgicale.

Cependant le 18 décembre, le malade fut mis dans un appareil inamovible. Son application ne différa des autres que par l'apposition d'un linge enduit de cérat sur la plaie. Toutes les autres pièces furent ensuite imbibées du mélange et appliquées comme à l'ordinaire. Il ne survint aucune douleur, et le gonflement, loin d'augmenter, diminua si rapidement dans les deux premiers jours, que je fus obligé de resserrer les liens placés autour de la cuisse. Au bout de quelques jours, le malade dit qu'il sentait un liquide couler le long de la cuisse et remonter vers la partie externe et supérieure du bandage. On aperçut en effet que le drap fanon était pénétré d'un liquide séro-sanguinolent, au niveau du grand trochanter. Sans doute que cette matière versée à la surface de la cuisse par la plaie dont nous avons parlé, ne pouvant s'infiltrer à travers les pièces épaisses et

compactes qui entouraient le membre, avait fusé entre celui-ci et le bandage, en se portant vers le bassin situé sur un plan plus déclive que le reste de la jambe. Il y avait déjà un mois que l'appareil était en place, que le malade disait encore sentir le pus se répandre à la surface de la cuisse; mais soit que ce liquide fût en petite quantité et qu'il se concrétât rapidement, soit, ce qui est plus probable, que Durmart fût la dupe d'une fausse sensation, le bandage avait cessé d'être humecté par la suppuration dix jours après qu'on s'était aperçu de ce phénomène.

L'appareil fut levé le 21 février; je ne fis point prendre au malade le bain destiné à ramollir les pièces du bandage, craignant que le transport ne provoquât quelque mouvement qui aurait pu rompre un cal que je soupçonnais encore tendre; en coupant avec des ciseaux ces pièces d'appareil, qui d'ailleurs n'étaient pas fort dures, on put constater un intervalle considérable entre le bandage et la cuisse. La plaie était parfaitement cicatrisée; le membre avait en longueur quelques lignes de moins que celui du côté opposé, et sa direction était naturelle. On sentait à travers les parties molles la masse osseuse du cal très-volumineuse, et pas encore assez solide pour ne pas fléchir quand des mouvemens en sens alternatifs étaient imprimés à tout le membre. Je me décidai aussitôt à faire une seconde application de l'appareil inamovible que je laissai encore en place pendant six semaines : alors le cal, moins volumineux, parut plus consistant. Cependant il me parut encore prudent de continuer les moyens contentifs pour prévenir, non la rupture de l'os, mais son incurvation. Je plaçai donc d'abord un appareil ordinaire de toute la longueur de la jambe, puis au bout de trois semaines, un bandage avec des attelles autour de la cuisse seulement; la jambe et le pied restèrent entourés d'une simple bande. Le malade commença à se lever et à marcher à l'aide de béquilles. Peu-à-peu il s'habitua à s'appuyer sur la jambe blessée, et le 20 avril il sortit

de l'hôpital, gardant encore autour de la cuisse les courtes attelles dont nous avons parlé. Depuis cette époque Durmart est revenu plusieurs fois me trouver à la consultation de Saint-Antoine; il a conservé l'habitude de s'appuyer sur une canne pour assurer sa marche. Cependant la fracture est parfaitement consolidée, le membre très-droit et ne présentant pas plus d'une à deux lignes de raccourcissement. La guérison serait parfaite si l'articulation du genou avait repris toute l'étendue de ses mouvemens. Il est probable que l'ankylose incomplète disparaîtra entièrement, car la jambe, qui d'abord ne pouvait se mouvoir sur le fémur, peut maintenant être fléchie de manière à former un angle droit avec la cuisse.

X.ᵉ *Obs.* — Au n.° 25 de la salle Sainte-Marthe, a été couchée une femme nommée Henry (Marie-Catherine), âgée de 50 ans. Elle a été admise le 17 janvier 1833. Sa jambe gauche offrait une fracture complète des deux os à la réunion de son tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Cette fracture avait eu lieu la veille, et reconnaissait pour cause une chute dans un escalier, la jambe et le pied ayant été pressés entre les marches et le corps de la malade qui, en tombant, s'était trouvée assise sur sa jambe. A son entrée à l'hôpital, il y avait du gonflement, une tension assez forte, et beaucoup de douleur aux environs de la fracture. Pendant cinq jours, je fis exercer une constriction modérée sur le pied et la jambe, avec une bande roulée imbibée d'eau blanche et d'eau-de-vie camphrée. Ce ne fut que le sixième jour après la fracture que j'appliquai l'appareil inamovible; le gonflement était alors considérablement diminué; il n'y avait pas de déplacement des surfaces osseuses.

Cette malade, fort douillette, s'est plaint souvent pendant les premiers jours, et manifesta plusieurs fois la crainte de ne pouvoir supporter son bandage; mais la pointe du pied conservant sa chaleur et sa couleur naturelles, je ne

conçus aucune inquiétude sur l'état de la jambe. L'appareil fut maintenu pendant trente et un jours, au bout desquels il fut enlevé après avoir été préalablement ramolli dans un bain alcalin. La jambe était très-solide; le cal à peine sensible; seulement la jambe est restée très-légèrement courbée en avant au niveau de la fracture, ce qui tient sans doute à ce que la talonnière n'était pas assez épaisse ou placée trop en arrière. Cette difformité, à peine apparente, n'a point empêché la malade de marcher avec peine d'abord et en s'aidant de béquilles, et plus tard avec autant de facilité que par le passé : elle a quitté l'hôpital parfaitement guérie le 23 mars.

Obs. XIe. Salle Saint-François, n° 3. — Laboisse (Gilbert), âgé de 33 ans, a été admis à l'hôpital Saint-Antoine le 31 janvier 1833, pour une fracture des deux os de la jambe gauche. La fracture est située à deux pouces au-dessus des malléoles. La mobilité des fragmens et la crépitation ne laissent aucun doute sur l'existence de la fracture. Le gonflement est médiocre, mais on remarque aux environs de la solution de continuité des os plusieurs phlyctènes remplies d'une sérosité roussâtre. Ce malade était tombé sur un sol très-dur avec un arbre que l'on sapaît par ses racines ; et une grosse branche de cet arbre, en pressant fortement sur la jambe, en avait opéré la fracture. Le malade, en tombant à la renverse, avait eu la région des reins fortement contuse ; plusieurs saignées furent pratiquées pour prévenir les accidens qui pouvaient résulter d'une forte contusion de la région dorsale et de la commotion de la moelle épinière.

L'appareil inamovible a été appliqué le 1er février ; les phlyctènes furent toutes ouvertes avec une lancette ; il s'écoula de chacune d'elles un liquide séro-sanguinolent ; les lieux qu'elles occupaient furent recouverts avec un linge fin enduit de cérat ; le reste du bandage fut placé comme à l'ordinaire. Pendant cinq jours le malade a été tenu à une

diète rigoureuse ; mais voyant qu'il ne se développait aucun accident du côté du système nerveux, j'abandonnai bientôt toute sévérité dans le traitement ; les forces revinrent rapidement sous l'influence d'une alimentation assez abondante, et longtemps avant la fin du traitement je fis lever chaque jour le malade qui pouvait marcher à l'aide de béquilles et de sa jambe saine, tandis que l'autre était encore contenue dans l'appareil; celui-ci a été levé le quarante-cinquième jour. La consolidation et la coaptation étaient si parfaites que l'on ne pouvait reconnaître le siège de la fracture ; les phlyctènes étaient toutes guéries. Les mouvemens de l'articulation tibio-tarsienne sont restés longtemps très-bornés, et au moment où le malade est sorti de l'hôpital (30 mars), ils n'étaient pas encore parfaitement rétablis.

Obs. XIIe. — La nommée Louise Brunet, âgée de 6 ans, entra à l'hôpital le 3 février 1833, pour une fracture de la cuisse gauche; la maladie était simple, la fracture transversale. L'appareil inamovible fut appliqué le jour même par l'interne de la salle. Soit que le mélange ne fût pas dans de bonnes proportions pour se solidifier, soit que les urines de la petite malade rendues dans le lit, ayant, en s'infiltrant dans les pièces d'appareil, empêché cette solidification, le bandage resta mou, et ne put maintenir en droite ligne la cuisse de cet enfant qui changeait à chaque instant de place dans son lit. Il fallut enlever l'appareil et le replacer de nouveau, mais avec tout aussi peu de succès ; il fut aisé de voir que la direction des fragmens était vicieuse, et qu'ils se rencontraient sous un angle très-saillant en avant et en dehors. Force fut encore de lever ce second appareil ; et ce double échec m'ôta l'envie d'en placer un troisième de même nature. D'ailleurs les parens de l'enfant désirèrent le reprendre chez eux dix jours après son entrée à l'hôpital : je fis alors l'application du bandage ordinaire avec des attelles de bois ; bandage que je levai

ensuite de huit jours en huit jours pendant six semaines : à cette époque la fracture me parut entièrement consolidée et la malade fut guérie sans raccourcissement ni changement de direction du membre.

Obs. XIII.[e] Salle Saint-François, n° 7. — Le nommé Petit-Louis Joseph, âgé de 64 ans, fut admis à l'hôpital Saint-Antoine le 3 février 1833, pour une fracture de la jambe à deux pouces et demi au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Le malade avait fait une chute, le membre étant, dit-il, dans une fausse position. Il survint un gonflement inflammatoire énorme accompagné de la formation de phlyctènes nombreuses et volumineuses remplies de sérosité noirâtre dans quelques endroits, et roussâtre dans d'autres. Le troisième jour après l'entrée du malade, le gonflement étant à peine diminué, les phlyctènes furent vidées de la sérosité qu'elles renfermaient à l'aide de quelques piqûres de lancette, recouvertes d'un linge fin enduit de cérat, et l'appareil inamovible fut immédiatement appliqué par dessus. Nul accident n'enraya la marche de la guérison. Cependant le cinquantième jour, lorsque j'enlevai le bandage, je fus surpris de ne pas trouver la consolidation achevée; il était facile d'imprimer des mouvemens aux fragmens inférieurs sur les supérieurs, et l'on obtenait alors une crépitation très-évidente. La jambe et le pied avaient conservé leur rectitude naturelle. L'appareil inamovible ne fut pas réappliqué. La jambe fut placée dans un appareil ordinaire dans lequel il a fallu la maintenir fort longtemps à cause du peu de rapidité dans la marche de la consolidation du cal. Pendant la durée de ce traitement, le pied se renversa en dehors avec l'extrémité inférieure des fragmens du tibia et du péroné, et c'est dans cette position vicieuse qu'ils se sont consolidés. Je regrette vivement de ne pas avoir placé la jambe une seconde fois dans l'appareil inamovible; car il n'existait aucun motif qui pût m'empêcher de le faire, et son application aurait

été suivie sans doute d'une guérison exempte de difformité.

Obs. XIVe. Salle Saint-François, n° 12. — Le nommé Boulney, dit Vilmain, François, âgé de 24 ans, entra à l'hôpital St-Antoine le 22 février 1833; il avait une fracture de l'extrémité inférieure du péroné, à deux pouces et demi de l'articulation tibio-tarsienne; fracture qui reconnaissait pour cause une chute dans laquelle la jambe avait été prise sous le siége. Cette fracture était aussi simple que possible, il n'y avait ni gonflement ni douleur. L'appareil inamovible fut appliqué le 26 février. Trois jours après, je fis lever le malade qui put marcher à l'aide de béquilles en évitant de s'appuyer sur la jambe emprisonnée dans le bandage. Chaque jour, jusqu'au 16 mars, Vilmain se livra à l'exercice de la marche en se servant toujours de béquilles et ne s'appuyant que sur la jambe saine. Pendant ce temps la consolidation se forma, et le 16 mars, en levant l'appareil, je trouvai la fracture parfaitement guérie.

XVe *Obs.* — Le 6 mars 1833, le nommé Gouge (Auguste), boulanger, âgé de 48 ans, jouant avec un de ses amis, eut le cubitus du côté gauche fracturé à la suite d'un violent mouvement de pronation qui fut imprimé à l'avant-bras. L'os fut cassé un peu au-dessus de sa partie moyenne. Je plaçai le membre fracturé dans l'appareil inamovible, dès le lendemain; mais soit que le mélange ne fût pas dans de bonnes proportions pour devenir très-solide, soit que le bandage ne fût pas assez serré, les fragmens du cubitus restèrent mobiles l'un sur l'autre, de telle sorte qu'en pressant sur l'os au niveau de la fracture, on percevait une légère crépitation. J'ajoutai alors au premier bandage deux attelles de bois que je plaçai sur les plans antérieur et postérieur de l'avant-bras, et que je fixai à l'aide d'une longue bande assez fortement roulée autour du membre depuis la main jusqu'au coude. Nul accident ne retarda la consolidation de la fracture qui fut trouvée parfaite le 11 avril, jour où les deux appareils furent enlevés.

L'espace inter-osseux offrit sa largeur ordinaire, et les mouvemens de pronation et de supination, un peu difficiles d'abord, reprirent en quelques jours leur souplesse et leur étendue accoutumées.

XVIe *Obs.* Salle Saint-François, n.° 2. — Le nommé Robinet (Jean), âgé de 15 ans, jardinier, eut la cuisse droite fracturée le 21 mars 1833. Une roue de voiture abandonnant son essieu renversa ce jeune homme et tomba sur sa cuisse qui se trouvait placée en travers au-dessus d'une ornière large et profonde, circonstance qui la faisait porter à faux, et rendit, par ce moyen, la fracture plus facile. Le blessé entra le même jour à l'hôpital St.-Antoine. Si nous exceptons le gonflement, qui était assez considérable, la fracture était exempte de toute complication. La facilité avec laquelle le raccourcissement de la cuisse s'opérait quand on abandonnait le membre à lui-même, et l'étendue du chevauchement, indiquaient une fracture oblique dont le siége existait un peu au-dessous de la partie moyenne du fémur. La cuisse fut pendant les quatre premiers jours placée sur un double plan incliné, afin de combattre la contraction énergique et involontaire des muscles qui passent autour de la fracture; pendant ce temps l'on eut recours aux cataplasmes résolutifs pour dissiper le gonflement.

Le 25 mars, l'appareil inamovible fut appliqué avec de grandes difficultés, à cause de l'indocilité du malade. Les plus légères tractions entraînaient des contractions comme convulsives des muscles de la cuisse. Cependant l'extension et la contre-extension continuées avec prudence et une énergie graduellement accrue, finirent par redonner au membre sa longueur et sa direction naturelles. Mais dès le lendemain, avant que les pièces d'appareil ne fussent entièrement durcies, le malade, en s'agitant dans le lit, avait imprimé au membre une légère incurvation en même temps que les contractions musculaires lui avaient fait perdre de sa longueur. Pour remédier à ce double accident, je fis

soutenir de chaque côté le membre fracturé à l'aide de coussins longitudinaux, et je pratiquai l'extension et la contre-extension permanentes au moyen de lacs, dont l'un se fixant à l'appareil au-dessous de la plante du pied, allait s'attacher à la barre de fer transversale du pied du lit, et dont les autres, semblablement fixés à une barre de fer de la tête du lit, s'attachaient à un baudage de corps solidement maintenu par en bas au moyen de sous-cuisses garnis de compresses. Aucune autre complication n'a entravé la marche de la guérison, et le 9 mai, c'est-à-dire quarante-quatre jours après son application, lorsque l'appareil a été enlevé, j'ai trouvé la fracture consolidée, la jambe bien dirigée, le cal encore volumineux, mais il y avait quatre à cinq lignes de raccourcissement. Pour plus de sécurité, je fis entourer la cuisse avec trois attelles de carton maintenues à l'aide d'une longue bande. Ce malade, se servant de béquilles, fit ses premiers essais de marche sans s'appuyer sur le membre fracturé, et la cuisse étant pendant une huitaine de jours protégée par son nouveau bandage : bientôt après il put se passer de ces moyens, et sortir de l'hôpital avec un peu de claudication.

XVII.e *Obs.* — Le nommé Lanelle (François), distillateur, âgé de 25 ans, voulant remuer un tonneau du poids de cinq à six cents livres, glissa sur le sol et fut renversé par cette énorme masse, qui, en tombant sur la partie moyenne de la cuisse gauche, la fractura dans cet endroit. L'accident arrivé le 15 mars 1833, le malade fut apporté le même jour à l'hôpital Saint-Antoine, et couché à la salle Saint-François, n.° 8. La fracture est transversale et exempte de complication, à la tuméfaction près, qui pendant plusieurs jours resta considérable et fut combattue par des cataplasmes émolliens, puis résolutifs, et des compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée et d'eau blanche. Jusqu'au 27 mars, le membre fracturé a été posé sur un double plan incliné; ce furent des circonstances étrangères à l'état de la cuisse qui retardèrent l'application de l'appareil. La réduc-

tion de la fracture fut faite sans difficulté et avec le plus grand soin pendant qu'on plaçait le bandage inamovible. Le malade s'est plaint pendant huit à dix jours d'une douleur, d'ailleurs assez légère, qui avait son siége au niveau de la fracture. L'appareil a été levé le 9 mai ; il y avait un peu d'amaigrissement du membre fracturé, et par suite un intervalle assez grand entre la cuisse et les pièces du bandage. Néanmoins la consolidation s'était accomplie sans difformité ni raccourcissement, et cet homme, d'une grande et forte stature, a quitté l'hôpital vers la fin de mai, parfaitement guéri.

XVIII.e *Obs.* Salle Saint-Eloi, n.° 25. — Asselot (Pierre-Marie), âgé de 28 ans, d'une constitution athlétique, maçon, tomba le 30 mars dernier du haut d'un troisième étage, avec tout l'échafaudage qui le supportait. Au moment de l'accident il perdit connaissance pendant quelques minutes. Quand il eut repris ses sens on lui pratiqua une saignée très-copieuse qui détermina une syncope. Ce fut immédiatement après cette saignée que le malade fut conduit à l'hôpital Saint-Antoine. Deux heures après son entrée à l'hôpital, le malade est dans l'état suivant : la face est pâle, le pouls médiocrement fort et un peu accéléré ; la chaleur est naturelle, la voix faible, la respiration accélérée et difficile ; pas de crachement de sang ; mais le malade éprouve de l'oppression et une douleur très-vive qui augmente à chaque inspiration : elle a son siége dans la région précordiale. On ne reconnaît pas de fracture des côtes. La clavicule gauche est fracturée à la réunion de ses deux tiers intérieur avec le tiers externe.

L'humérus du même côté est fracturé transversalement à un pouce et demi au-dessous de l'insertion inférieure du deltoïde ; il y a de la déformation, du raccourcissement, de la mobilité et de la crépitation dans le point fracturé ; le gonflement est peu considérable.

L'appareil inamovible fut aussitôt appliqué par l'interne de la salle. On a, comme pour la fracture de l'avant-bras,

enveloppé chaque doigt avec une petite bande large de six lignes, et exactement imbibée du mélange destiné à tout l'appareil; de l'étoupe également imbibée est placée dans la paume de la main; une bande est ensuite roulée successivement sur les doigts réunis (à l'exception du pouce), le dos de la main et l'avant-bras jusqu'au coude. Dans ce moment le bras est mis en demi-flexion, et on opère la réduction de la fracture. Le reste de la bande déjà employée est confié à un aide pendant qu'on applique trois compresses autour de la la fracture; quatre attelles en carton fort, préalablement mouillées dans le mélange, sont ensuite placées autour du bras; de l'étoupe en petite quantité est mise sous l'aisselle; enfin le reste de la bande de l'avant-bras est employé à maintenir l'appareil sur lequel, pour plus de solidité, on roule une seconde bande imbibée du mélange. Tout le membre thoracique gauche est placé mollement sur un paillasson de balle-d'avoine. La fracture de la clavicule devait être et a été abandonnée à elle-même, car l'état de la poitrine et celui du bras ne permettaient l'application d'aucun appareil.

Quatre heures plus tard l'on pratiqua une seconde saignée de trois palettes. Le lendemain l'oppression avait diminué, mais la douleur de côté était toujours très-vive. (15 sangsues *loco dolenti*, catapl. émol.) Deux jours après (trois ventouses scarifiées), les cataplasmes sont continués pendant une quinzaine de jours, au bout desquels la douleur disparut complètement.

Ce n'est pas l'état du bras qui a fait recourir à une médication aussi active, mais la crainte de voir des accidens se développer du côté de la poitrine. Aucun accident n'est survenu, et ce malade est sorti le 20 mai 1833, après cinquante-un jours de traitement. L'humérus était encore volumineux dans le lieu de la fracture, parce que le cal provisoire n'était pas entièrement résorbé, mais il avait sa longueur et sa rectitude ordinaires.

XIXe *Obs.* —Le malade qui fait le sujet de cette obser-

vation est encore en traitement; mais il y a un assez grand nombre de jours que l'appareil est appliqué pour que l'on puisse prévoir, d'après l'état dans lequel se trouvent et le blessé et les pièces d'appareil, quel sera le résultat du traitement.

Le nommé Merme (Etienne-Marie), infirme de l'hospice de la Vieillesse (hommes), a été amené à l'hôpital Saint-Antoine, le 26 mai 1833. Un cabriolet l'avait renversé sur la place de la Bastille, et avait provoqué une fracture de la cuisse gauche. Ce malade, idiot, et dont le crâne égale à peine les deux poingts, ne put nous donner aucun renseignement sur les circonstances de son accident.

L'appareil inamovible fut posé le 28 mai, et je ne trouvai d'autre obstacle que la contraction des muscles de la cuisse dont l'énergie semblait s'accroître avec celle des moyens extensifs. Cependant à force de soins, les aides chargés de l'extension et de la contre-extension parvinrent à redonner au membre sa longueur et sa direction. Je crus prudent, à cause de l'indocilité du malade, d'ajouter aux fanons latéraux une attelle antérieure destinée à prévenir l'incurvation du fémur en avant. L'appareil a été très-bien supporté; il a acquis une grande solidité; circonstance heureuse, car notre idiot a déjà détaché plusieurs fois ses liens sans que le reste du bandage, qui ne forme qu'un seul tout, se soit dérangé. Nous sommes aujourd'hui au vingtième jour de son application, et tout nous fait espérer que nous obtiendrons une guérison parfaite.

Ici se termine la première partie de ce travail; les observations y sont rapportées de manière à présenter le fait exact, mais nu et sans réflexions. Comparer ces faits entre eux, les rapprocher de faits analogues recueillis par les auteurs, opposer les résultats fournis par l'usage de l'appareil inamovible dans le traitement des fractures, à ceux obtenus à l'aide du traitement ordinaire, tels seront les sujets dont nous aurons à nous occuper dans un autre article.

Observation d'urétrite communiquée par l'ingestion de l'écoulement blennorrhagique dans les voies digestives; par E. TAZENTRE, *docteur en médecine.*

Dans ma dissertation inaugurale que je soutins à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 mai dernier, j'émis la proposition suivante : « L'urétrite syphilitique peut se développer « par l'ingestion de l'écoulement blennorrhagique dans les « voies digestives, continuée avec persévérance pendant « plusieurs jours; j'en possède un exemple des plus curieux. »

Je ne citais point l'observation; je me proposais de la publier plus tard, avec les résultats d'expériences faites, afin de constater jusqu'à quel point l'urètre peut être frappé d'inflammation sous l'influence de l'écoulement gonorrhéïque ingéré dans les voies digestives; ces expériences eussent été difficiles sans doute sur des animaux, mais par cela même d'autant plus probantes, si elles eussent réussi. Exhorté par mes juges à ne pas différer la publication d'une fait aussi curieux, je le livre à l'impression, fidèle, exact, tel enfin que je l'ai recueilli.

M. N....., âgé de 55 ans, ancien marin, homme de mœurs licencieuses, épousa une jeune femme de 20 ans; il ne cessa point, malgré cette nouvelle union, à se livrer, suivant son habitude, à la boisson et au libertinage. Trois ans environ après son mariage, il soupçonna son épouse de lui être infidèle; mais jamais ses soupçons ne purent être confirmés par la certitude. Ayant contracté une urétrite extrêmement violente avec une de ses maîtresses, il voulut cohabiter avec son épouse, avec laquelle d'ailleurs il n'avait pas eu de rapports depuis deux ou trois mois : il voulait ainsi lui communiquer le mal dont il était atteint, et l'accuser ensuite de l'avoir infecté lui-même; il espérait par ce moyen lui faire avouer son secret : mais celle-ci s'apercevant depuis quelques jours qu'il avait l'air souffrant et malade, se

méfia, et ne voulut rien accorder à ses instances. Ne pouvant réussir de cette manière, M. N.... imagina un autre expédient : il lui fit prendre à son insçu l'écoulement urétral qu'il ramassait dans un verre et qu'il mêlait à du lait froid, de l'orgeat, du beurre, ou tout autre espèce d'alimens. Il usait de cet artifice depuis huit à dix jours, lorsqu'un matin son épouse, étant sortie de son appartement, rentra presqu'aussitôt et le surprit versant quelque chose de blanchâtre dans un bol de lait froid qu'elle avait laissé sur sa table pour son déjeûner : elle lui demande ce qu'il fait ; il répond en hésitant ; se méfiant alors, elle veut aller chez le pharmacien faire décomposer le liquide ; ses menaces intimident M. N...., qui avoue toute sa perfidie. Epouvantée elle-même des suites que pouvait avoir l'espèce d'empoisonnement auquel elle venait d'être soumise, elle court chez ses parens et leur fait part de son malheur. Comme je connaissais cette famille, M.me N.... vient chez moi avec sa mère, me consulte et me rend dépositaire du secret. Bien qu'elle n'éprouvât encore aucun sentiment douloureux aux parties génitales, je les examine et ne trouve ni écoulement, ni rougeur inflammatoire. Ne sachant trop quels phénomènes pourraient survenir, et curieux néanmoins de connaître le résultat de ce nouveau mode d'infection, je ne prescris pour tout traitement que des bains et une boisson tempérante. Quatre jours après, M.me N... vient me trouver, se plaignant de douleurs dans le vagin. J'examine de nouveau, et je trouve toutes les parties humides et douloureuses ; la rougeur inflammatoire est surtout bien marquée à la partie supérieure et dans la région de l'urètre. Les jours suivans, la douleur, surtout en urinant, devient plus forte, l'écoulement plus abondant ; il existe tous les symptômes d'une blennorrhagie intense ; un petit cordon rougeâtre s'étend du côté droit de la base du clitoris jusqu'à la région inguinale dont les ganglions deviennent douloureux. Ne pouvant plus douter alors de la nature de la maladie, je prescris des bains généraux, des boissons

tempérantes, des injections émollientes dans le vagin, que je remplace bientôt par des injections astringentes. Après huit jours de l'emploi de ces moyens, j'administre le mercure à l'intérieur, bien persuadé qu'il existe une affection générale qui a besoin d'être combattue par un traitement général approprié. Sous l'influence de cette médication, Mme N... guérit de sa blennorrhagie, et recouvra une parfaite santé.

Etant devenu le confident du secret de cette famille, je devins aussi le médecin de M. N..., dont l'urétrite, extrêmement intense, durait alors depuis trois semaines : je le traitai et le guéris. Je pris de lui toutes les informations nécessaires pour m'assurer de la véracité d'un pareil fait ; il m'avoua tout sans aucun déguisement ; me dit qu'en agissant ainsi il avait eu pour motif de communiquer la chaude-pisse à sa femme, sans qu'elle pût s'en douter, afin de la forcer à lui avouer qu'elle lui était infidèle. Il ajouta qu'il était bien sûr de l'infecter comme il le désirait, car autrefois, voulant se venger d'un individu à qui il voulait du mal, il lui avait donné une vérole compliquée de chaudepisse, en lui faisant prendre de la même manière de l'écoulement urétral ; que c'était dans les colonies, où de pareils faits, m'a-t-il dit, se présentent quelquefois, qu'il avait appris à empoisonner ainsi ses semblables, et que c'était dans ces contrées qu'il avait infecté l'individu dont je viens de parler.

Ce fait curieux, et encore, je crois, unique dans la science, pourra, s'il se réunit à d'autres semblables, servir à la médecine-légale, et augmenter le domaine, déjà trop vaste, des nombreuses difficultés qu'elle présente : il démontre, selon moi, d'une manière incontestable, la spécificité de l'écoulement blennorrhagique, et bouleverse complètement l'opinion de ceux qui, regardant l'urétrite comme étant toujours une maladie locale et inflammatoire, prétendent la guérir constamment par un traitement antiphlogistique et local. Si la matière blennorrhagique n'est jamais que le produit d'une inflammation simple de la membrane muqueuse du canal, comment se fait-il qu'elle soit allée pro-

duire une maladie semblable sur des organes analogues, sans être mise en contact immédiat? Si elle n'est simplement qu'irritante sans renfermer en elle rien de spécial, comment se ferait-il qu'elle eût glissé en quelque sorte sur les voies digestives sans leur nuire, sans les affecter nullement, pour aller se localiser et exercer son action sur l'urètre? Cette observation ne prouve-t-elle pas qu'il existe entre l'écoulement et les organes une espèce d'affinité bien différente, mais de nature inconnue, qu'on ne peut désigner que sous le nom de spécifique?

La médecins dont la théorie est opposée à celle-ci, relativement à l'urétrite et aux autres symptômes de la syphilis, ne manqueront pas d'objecter que peut-être les renseignemens ont été mal pris; que Mme N... pouvait bien avoir contracté sa blennorrhagie avec l'individu avec lequel son mari la soupçonnait d'avoir des relations; que peut-être enfin elle n'a eu que des pertes blanches abondantes; qu'il peut y avoir eu méprise de ma part. Je me suis fait toutes ces objections à moi même, lorsque je recueillais l'observation; aussi n'ai-je négligé aucun renseignement, aucune précaution : il m'est facile d'y répondre, en rapportant le fait exactement; on peut par cela même s'assurer plus amplement de sa véracité :

Tout ce que j'ai rapporté, je l'ai entendu de la bouche de Mme N... et de celle de M. N.... que l'on ne peut soupçonner d'avoir exagéré le fait pour se montrer plus coupable.

La personne avec laquelle Mme N... avait des relations (ces relations existaient réellement), n'était point affectée d'urétrite; ses parties génitales étaient parfaitement saines; j'en ai la certitude la plus complète : ce n'est donc pas de lui qu'elle eût pu contracter sa blennorrhagie.

Je n'ai pu non plus me tromper sur la nature de la maladie : les douleurs fortes que la malade éprouvait, en urinant surtout; le siége de l'inflammation, l'écoulement abondant, épais, blanchâtre d'abord, puis verdâtre; l'opiniâtreté de la phlegmasie, le cordon rouge qui, de la base

du clitoris, s'étendait vers l'aîne droite, dont les ganglions devinrent douloureux ; tous ces phénomènes ne me permirent pas de confondre cette gonorrhée avec des fleurs blanches auxquelles d'ailleurs Mme N... n'était pas sujette (1).

(1) Si l'urétrite peut se développer spontanément comme unique symptôme d'une diathèse syphilitique, pourquoi ne pourrait-elle pas aussi être produite lorsque l'économie a été saturée par l'absorption du produit gonorrhéique ? Personne sans doute ne nie la faculté absorbante des surfaces muqueuses ; mais, dira-t-on peut-être, c'est dans l'estomac qu'a dû s'opérer l'absorption dans l'exemple cité, et les expériences sur les virus semblent prouver que leur action est neutralisée par l'action de l'estomac : à cela je réponds qu'on est loin de posséder des preuves concluantes à cet égard. Fontana a fait des expériences très-longues et très-détaillées sur le venin de certains animaux, et particulièrement sur celui de la vipère : il a constaté que le venin de ce reptile ingéré dans l'estomac n'avait aucune action ; qu'appliqué dans l'œil il produisait à peine une légère rougeur ; il a eu le courage d'en mettre sur sa langue, et il a constaté qu'il produisait une saveur douceâtre et une légère astriction. Il a répété la même expérience sur son domestique, et il a obtenu les mêmes résultats. Ces essais souvent répétés lui ont prouvé, que pourvu que les muqueuses buccales et linguales ne fussent pas dénudées, il n'y avait pas d'absorption du venin, et qu'il ne produisait jamais ni douleur, ni gonflement, comme le disait Méad. Ces expériences sont positives ; elles sont concluantes pour le poison de la vipère, mais voilà tout : on commettrait une grave erreur, je crois, si on en déduisait des conséquences pour tous les autres virus. Si Fontana eût expérimenté sur un ophidien dont le poison secrété est plus délétère, il eût probablement obtenu des effets toxiques : la preuve c'est que M. Rousseau, il y a quelques années, a expérimenté sur un serpent à sonnette, et il a constaté qu'il pouvait être absorbé par les surfaces muqueuses, et déterminer la mort des animaux auxquels on en mettait dans l'œil. Il est à regretter que M. Rousseau n'en ait pas ingéré dans l'estomac ; s'il en eût mis une assez grande quantité, peut-être il n'eût pas été neutralisé par l'action de cet organe. Le mot virus, créé par les pathologistes pour désigner un germe particulier, produisant dans l'organisme des spécialités morbides constantes et toujours les mêmes pour chaque virus, ce mot, dis-je, n'est qu'une abstraction renfermant l'idée complexe de produits tout-à-fait différens : il a servi à grouper sous un même nom des stimulus morbides, dont l'essence intime est tout-à-fait inconnue, dont le mode d'action est entièrement différent ; chacun d'eux a des propriétés spéciales, une activité et des effets qui lui sont inhérens ; dès-lors, on ne peut rien conclure, d'une manière générale, des expériences faites sur l'un ou sur l'autre ; il faut les étudier à part, les expérimenter isolément :

Certainement, si l'urétrite de M. N.... eut été de la nature de celles qui sont produites par la bière, par le contact d'une sonde, etc., maladies purement locales et dont l'écoulement n'a d'autre vertu que la propriété irritante ; si, dis-je, elle n'eût pas été virulente, je crois qu'il n'y aurait eu aucun effet produit ; mais je ne doute nullement qu'elle ne fût syphilitique ; et lors même que je serais parvenu à guérir l'urétrite par un traitement local, plus tard des symptômes consécutifs de vérole se seraient, je le pense, manifestés, si je n'avais employé une médication propre à prévenir ces accidens.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Mémoire et observations sur les diverses altérations du corps thyroïde qui constituent le goître; par le docteur C. Sacchi, *chirurgien en chef de l'hôpital de Treviglio* (1).

Placé dans des circonstances qui lui ont fourni de nombreuses occasions d'étudier les altérations variées que présente le corps thyroïde, M. Sacchi avait rassemblé beaucoup d'observations dès l'année 1827, lorsqu'il eut connaissance du travail important de Walther sur ce sujet. L'analogie complète des faits rassemblés par cet auteur, avec ceux que le docteur Sacchi avait recueillis, avait dé-

aussi, je ne pense pas que rien prouve jusqu'à présent que le virus vénérien soit neutralisé par l'action de l'estomac; je serais même porté à penser le contraire, car on a vu, d'après ce que m'a rapporté un de mes amis, élève interne à l'hôpital des Vénériens, des animaux, des chats, contracter des symptômes de syphilis, des ulcérations, des exostoses, pour avoir mangé la charpie imbibée du pus de bubons et de chancres vénériens. Mais, dira-t-on, l'absorption a pu se faire par les surfaces muqueuses et œsophagiennes; hé bien, pourquoi, comme je l'ai déjà dit, n'en serait-il pas de même dans l'observation que j'ai rapportée ?

(1) *Annali univ. di Med.*, N.° de décembre 1832. (Extrait. O.)

terminé ce dernier à interrompre ses recherches, quand il fut nommé chirurgien de l'hôpital de Tréviglio, où les exemples multipliés qu'il eut sous les yeux le décidèrent à continuer ses premières observations. Nous extrairons de ce travail les parties qui nous ont paru les plus importantes, et que nous regrettons de n'avoir pu faire connaître plus tôt à nos lecteurs.

Le corps thyroïde, comme toutes les autres parties de l'économie animale, peut devenir le siége de l'inflammation : le diagnostic de cette phlegmasie est toujours facile, et réclame dès le début un traitement antiphlogistique très-énergique. Si, par suite de la situation et des rapports de cet organe particulier, son inflammation se complique souvent de symptômes graves du côté du cerveau ou des poumons, sa structure, éminemment vasculaire et surtout veineuse, est une condition qui en favorise la résolution. Il se passe dans la thyroïde ce qu'on observe dans la rate : comme cette dernière, elle est exposée à des congestions et à l'inflammation, mais il est très-rare qu'elle devienne rapidement le siége d'altérations profondes. L'induration et la suppuration sont les suites les plus ordinaires de l'inflammation de la thyroïde, et si l'on a vu quelquefois sa suppuration entraîner des accidens graves, et même la mort, bien plus souvent cette terminaison de la phlegmasie a été suivie de la disparition radicale de goîtres très-volumineux. C'est en s'appuyant sur ce résultat de l'expérience, que les chirurgiens ont plus d'une fois employé le séton et l'application du caustique, pour obtenir la guérison de cette maladie.

Le plus souvent, le goître consiste en une augmentation du volume de la thyroïde sans altération appréciable de son tissu. Cette espèce, que quelques auteurs ont appelée charnue, doit être considérée, dit avec raison M. Sacchi, comme une hypertrophie simple. On l'observe particulièrement chez les jeunes filles et chez les femmes ; elle est reconnaissable à la régularité de la tumeur ; à sa consis-

tance uniforme; très-rarement on la trouve composée de plusieurs lobes distincts. Quand on examine cette sorte de goître sur le cadavre, on voit que le tissu du corps thyroïde n'offre aucune différence dans ses caractères anatomiques, non plus que sous le rapport de sa couleur, de sa consistance, et de l'humeur visqueuse et glaireuse qu'on en fait sortir, en l'exprimant entre les doigts avec précaution. Il est à remarquer que le calibre des principaux vaisseaux est alors notablement élargi, spécialement celui des veines. Le goître de cette espèce se dissipe en général avec facilité sous l'influence d'une médication douce, d'un régime relâchant, et de l'éloignement des causes qui ont amené la maladie.

Il est rare que la thyroïde, simplement hypertrophiée, reste long-temps dans cet état, sans éprouver de changemens dans son organisation. Pour peu que cette première modification persiste, le tissu de cet organe présente bientôt diverses altérations qui peuvent toutes se rapporter à deux principales, suivant M. Sacchi; et encore, quoique toujours différentes l'une de l'autre, peut-être ne sont-elles que deux degrés de la même altération, car il est certain que l'une succède toujours à l'autre. La première constitue le goître scrofuleux (*strumosus*); dans la seconde, qu'on nomme goître lymphatique, la tumeur est molle et présente une apparence de fluctuation.

Le goître scrofuleux acquiert le plus souvent un volume considérable, et cependant, abstraction faite de son poids, il cause le moins d'incommodités. La tumeur est ordinairement irrégulière, divisée en lobes plus ou moins distincts, et quelquefois accompagnée de lobules tout-à-fait isolés de la masse principale; sa consistance varie dans les divers lobes qui la composent, ce qui dépend très-souvent de l'épaisseur et de l'état de distension de l'enveloppe celluleuse qui la recouvre. Cette membrane, qui n'est formée que par les couches du tissu cellulaire ambiant dans l'hypertrophie simple du corps thyroïde, change d'aspect dans

le goître scrofuleux, devient plus épaisse, compacte et résistante; tantôt elle forme une enveloppe commune qui s'étend à toutes les parties de la tumeur, en envoyant des prolongemens dans l'intervalle de chacune d'elles; tantôt chaque lobe, et même chaque lobule, a son enveloppe particulière, ce sont autant de véritables kystes. La matière contenue dans les divers lobes de la tumeur, varie assez habituellement de couleur, de consistance, bien qu'on y trouve toujours un tissu analogue à celui des organes glanduleux. En général, les granulations et toutes les autres parties qui constituent la thyroïde dans l'état sain, sont beaucoup plus développées : le liquide qu'elle renferme y est plus abondant. Cette humeur ressemble tantôt à une huile épaissie, tantôt à un mucus filant, d'autres fois elle est comme albumineuse : il suffit par fois de pratiquer quelques incisions dans la tumeur pour que cette matière liquide s'en écoule; par fois, au contraire, on ne peut l'en faire sortir qu'en exprimant le tissu qui la contient. La dureté de chaque lobe résulte de la quantité et de la consistance de l'humeur qui y est accumulée, et qui fait disparaître de la sorte les sillons qui isolent ces lobes les uns des autres; tantôt ils ont une couleur jaunâtre, mais plus communément rouge-brune, leur consistance est plutôt molle que dure. Nous avons déjà dit que ce dernier caractère pouvait dépendre de l'épaisseur de l'enveloppe celluleuse qui les recouvre; mais, dans ce cas, la résistance qu'ils offrent au toucher est toujours accompagnée d'une certaine élasticité très-caractéristique. Quand quelques-uns des lobes d'un goître donnent cette sensation particulière, on peut être certain que leur tissu commence à éprouver la transformation qui vient d'être décrite, et qui constitue, suivant M. Sacchi, une seconde période du goître scrofuleux, celle qui succède à l'hypertrophie.

Il n'est pas rare de voir des goîtres existant depuis fort longtemps, qui offrent dans plusieurs points de leur éten-

due, une mollesse extrême, une vraie fluctuation avec une élasticité très-prononcée de toute la tumeur. C'est à cette espèce qu'on a donné les noms de goître mou, hydatique, séreux, et plus communément celui de lymphatique. Les aspects différens que présente la matière que renferme la tumeur, justifient ces diverses dénomination, car on y trouve à la fois un liquide séreux, une humeur filante analogue à la lymphe. Ce goître est composé tantôt de vésicules translucides, accollées entre elles, plus ou moins dilatées, recouvertes d'une seule enveloppe celluleuse; tantôt c'est une matière muqueuse ou albumineuse, toute semblable à l'albumine de l'œuf, qui remplit et distend plus ou moins un kyste cellulo-fibreux; ou bien on y trouve un liquide lactescent, quelquefois puriforme : enfin, il n'est pas rare de rencontrer à la fois toutes ces différentes humeurs dans le même goître. Il est des cas dans lesquels la tumeur, malgré une apparence de fluctuation prononcée, ne renferme pas une goutte de ces divers liquides; mais son tissu est converti en une matière spongieuse, semblable au parenchyme du placenta, de couleur variée, et imprégnée d'un liquide de nature diverse. Cette espèce particulière est facile à reconnaître pendant la vie, à sa mollesse uniforme, à son élasticité et à l'incommodité qu'elle cause fréquemment par suite du volume considérable qu'acquiert la tumeur. Assez souvent on observe dans le goître un ramollissement partiel, avec les altérations diverses qui viennent d'être décrites, ramollissement qui n'est qu'un résultat des progrès de la maladie : ce qui est contraire à l'opinion qu'on a généralement, que le goître devient toujours de plus en plus consistant, dur, à mesure que sa durée se prolonge davantage.

En examinant les différentes altérations qui ont été signalées, il est aisé de reconnaître qu'elle sont, pour ainsi dire, des degrés d'une même dégénérescence, qu'elles passent de l'une à l'autre par une transformation insensible;

c'est ainsi que le goître lymphatique succède ordinairement au goître scrofuleux, de même que ce dernier est toujours la suite d'une hypertrophie du corps thyroïde. Il est assez fréquent, avons-nous dit, de rencontrer ces trois états pathologiques réunis dans la même tumeur, ce qui conduit naturellement à penser qu'ils dérivent tous de la même cause morbide.

La question de savoir si le corps thyroïde peut devenir *primitivement* le siége du squirrhe et du cancer, est encore controversée par plusieurs auteurs. Scarpa (1) pensait que ce corps n'était jamais affecté, dans ce cas, que secondairement, c'est-à-dire consécutivement au cancer ou au squirrhe de la langue, de l'œsophage, des glandes parotides, sous-maxillaires, etc. Nonobstant une autorité aussi imposante, on ne peut douter que la thyroïde ne puisse devenir primitivement squirrheuse et carcinomateuse; aux exemples déjà cités par M. Alibert et par le savant Walther, M. Sacchi ajoute le suivant qu'il avait recueilli à l'hôpital de Vénise, vers la fin de l'année 1826.

Obs. Ire — Depuis quelque temps un vieillard, âgé de soixante ans, était couché dans les salles de chirurgie parmi les individus affectés de maladie chronique : il portait un goître ancien. Quand le docteur Sacchi l'observa pour la première fois, ce malade était déjà très-affaibli, dans un état de marasme avancé; sa peau était sèche, d'une teinte jaunâtre; la respiration difficile, avec toux et crachats puriformes; il portait à la partie moyenne et antérieure du cou, une tumeur plus grosse que le poing, déprimée d'avant en arrière, recouverte de veines nombreuses, adhérente à la peau et aux parties voisines; sa surface était inégale; sa dureté analogue à celle de la pierre, et le malade y sentait des douleurs fixes, profondes et non continues; elles

(1) Voy. son *Mém. sur le squirrhe et le cancer*, inséré dans les *Archiv. gén. de Méd.*, tom. X, p. 277.

étaient devenues plus vives depuis quelques mois. Il y avait plusieurs années qu'il éprouvait de la peine à respirer; il ne savait pas précisément à quelle époque remontait l'origine de cette tumeur. Il ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, on trouva les muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens adhérens à la tumeur de manière à ne pouvoir en être détachés par le scalpel; leurs fibres étaient indurées et jaunâtres là où existaient les adhérences. Le goître était intimement uni à toutes les parties molles qui l'avoisinaient, mais particulièrement à la terminaison du larynx et au commencement de la trachée; ce conduit était déprimé d'avant en arrière, sa membrane muqueuse épaissie, rouge, enduite d'un mucus tenace dont la cavité des bronches était remplie. Le tissu de la tumeur était entièrement formé par une substance d'un blanc sale, jaunâtre dans quelques points, de consistance vraiment cartilagineuse, traversée par des filamens fibreux très-résistans; dans quelques parties de sa surface sous-cutanée, on remarquait plusieurs points rougeâtres, de deux ou trois lignes de diamètre, ramollis et remplis d'une matière demi-liquide. Les glandes parotides, sous-maxillaires, l'œsophage et la langue étaient dans l'état sain.

D'après cette description, ajoute M. Sacchi, il est évident que le corps thyroïde peut être envahi isolément par une dégénération cancéreuse; cet exemple ne lui laisse pas le moindre doute à cet égard.

M. Sacchi ignore si l'on a jusqu'à présent rapporté des observations de fongus médullaire de la thyroïde; cette dégénérescence ayant été rencontrée dans toutes les parties de l'économie animale, on pouvait présumer que cet organe n'en était pas exempt. Cette opinion est confirmée par le fait suivant.

Obs. IIe. — Formentini Antonio, âgé de 45 ans, laboureur, entra à l'hôpital de Treviglio, le 13 août 1832. Ce malade, dans un état valétudinaire depuis quelque temps

avait eu, dès son enfance, un goître assez volumineux qui n'avait jamais cessé de l'incommoder, d'être le siége de douleurs profondes et de rendre sa respiration gênée. Depuis plusieurs années, ces douleurs étaient devenues plus fréquentes et plus intenses; la tumeur s'enflammait de temps en temps; le repos, des cataplasmes émolliens et des applications réitérées de sangsues, faisaient disparaître ces accidens. Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, la tumeur occupait la partie moyenne et antérieure du cou; sa forme était oblongue, sa situation transversale, sa grosseur égalait celle des deux poings; la peau qui la recouvrait lui adhérait un peu, était luisante, parcourue par de nombreuses veines. Ce goître était uni peu intimement aux parties environnantes, très-saillant en avant, de consistance variée dans les divers points de son étendue, et offrant à sa partie moyenne la sensation d'une fluctuation profonde; les carotides battaient avec force sur les côtés de la tumeur; la face était pâle, les yeux saillans, les conjonctives injectées, les lèvres livides, les membres supérieurs œdématiés de même que les inférieurs, mais à un degré moindre; la voix rauque, la respiration pénible, le pouls régulier, petit, fréquent.

Le docteur Sacchi ne doutant pas que tous ces accidens résultaient de la pression qu'exerçait la tumeur sur les voies aériennes et les principaux troncs vasculaires du cou, pression qui ne pouvait qu'augmenter par l'accumulation d'une quantité de liquide de plus en plus considérable dans la tumeur, regarda comme urgent de lui donner issue en ouvrant cette dernière à l'aide du caustique. En conséquence, il appliqua un large morceau de potasse caustique sur le point de la tumeur où la fluctuation était le plus prononcée. L'escarrhe se détacha le troisième jour, mais sans qu'il s'écoulât aucune espèce de liquide; il sortit, au contraire, une excroissance fongueuse de la grosseur d'une châtaigne, de couleur rougeâtre, et molle. M. Sacchi appliqua dessus un

second morceau de potasse caustique qui n'eut d'autre effet que d'accroître l'ouverture de la peau et le volume de l'excroissance. D'après cette seconde cautérisation, quoique cette substance fongueuse ne parût contenir aucune espèce de liquide, M. Sacchi y plongea une lancette qui donna issue à une once et demie d'un liquide jaunâtre, filant, mêlé de sang. Le lendemain, l'excroissance était augmentée d'un tiers; les bords de la plaie étaient renversés; la surface de cette fongosité était irrégulière, d'un blanc sale mêlé de gris, et parsemée d'un nombre infini de petits points rouges. On ne pouvait mieux comparer son aspect qu'à celui que présente une portion de cerveau qui fait hernie, soit à travers une ouverture de trépan, soit par celle qui résulte d'une fracture du crâne : il commença à en suinter un liquide séro-sanguinolent; les symptômes thoraciques s'aggravèrent, et le malade succomba le 13 août, dix jours après son entrée à l'hôpital, avec tous les signes d'un hydro-thorax. Le docteur Sacchi ne put faire l'ouverture du cadavre, mais les caractères particuliers qu'il a observés pendant la vie lui semblent ne devoir laisser aucun doute sur la nature de l'altération de la thyroïde, altération qu'il regarde comme un fongus médullaire.

Une des altérations les plus singulières du corps thyroïde est celle qu'on désigne sous le nom de goître anévrysmatique : beaucoup de chirurgiens en ont rapporté des exemples, et Walther entre autres. M. Sacchi l'a observée deux fois. Voici le premier cas.

Obs. IIIe — Une femme de 45 ans environ, d'une constitution robuste, entra à l'hôpital de Venise au mois de septembre 1827, pour une fièvre intermittente tierce. Elle portait au-devant du côté gauche et antérieur du cou, une tumeur ovoïde, de la grosseur du poing, indolente, recouverte par les tégumens sains, et qui était le siége de battemens très-forts. Ces pulsations, au lieu de ressembler à celles d'une tumeur anévrysmale, s'accompagnaient d'une

sorte de bourdonnement obscur, de frémissement de toute la tumeur, mais beaucoup plus prononcé dans le voisinage du tronc et sur le trajet des principales ramifications de l'artère thyroïdienne supérieure gauche. La carotide de ce côté était un peu repoussée en-dehors par la tumeur, qui s'était développée pendant les douleurs d'un accouchement long et difficile : elle existait ainsi, stationnaire et indolente, depuis plus de dix ans. La malade n'en ressentait aucune espèce d'incommodité ; la respiration n'en était aucunement gênée, de même que la voix et la déglutition.

Obs. IVe — Le second exemple de goître anévrysmatique et d'un volume très-considérable fut observé chez une paysanne d'une santé débile, âgée de 39 ans, réduite à la mendicité. Elle avait été recueilie à l'hôpital de Treviglio, où elle succomba le 21 octobre 1832. La tumeur s'était développée quinze ans auparavant sous l'influence d'efforts violens dans un accouchement laborieux : elle augmenta successivement de volume dans le cours de trois accouchemens, sans causer une incommodité bien grande à la malade ; mais elle devint douloureuse, et son accroissement plus rapide, dans le courant de l'automne. Quand le docteur Sacchi vit la malade pour la première fois, vers la fin d'août 1832, le goître avait déjà une grosseur vraiment énorme ; il s'étendait en haut immédiatement au-dessous des angles droit et gauche de la mâchoire inférieure, se prolongeait de là directement en bas jusque sur le sternum, refoulant sur les côtés les muscles sterno-mastoïdiens. Sous la peau qui le recouvrait se dessinaient beaucoup de grosses veines dont la plupart se dirigeaient inférieurement, quelques-unes se portaient vers l'angle des mâchoires où elles disparaissaient en s'enfonçant profondément pour s'ouvrir dans la jugulaire interne, les deux jugulaires externes n'existant pas. On sentait très-bien les battemens très-forts des carotides, quoiqu'elles fussent couvertes par la tumeur. Les artères thyroïdiennes supérieures, spéciale-

ment la gauche, parcouraient un trajet flexueux assez long avant de pénétrer dans l'épaisseur de la thyroïde, et leurs pulsations étaient encore distinctes dans une certaine étendue, après leur entrée dans l'intérieur de la tumeur : le calibre de ces deux artères était beaucoup augmenté, et celui de la thyroïdienne gauche égalait les dimensions d'une carotide ordinaire.

Dans tous les points de cette masse, on sentait un battement, une pulsation distincte, ou mieux le passage rapide du sang dans ces nombreuses artères, sensation qui devenait surtout très-prononcée quand la malade faisait le moindre effort, comme par exemple, pour se mettre dans son lit ou pour en sortir. Quoique indolente, la tumeur était toujours chaude, et empêchait cette femme de se livrer à quelque travail que ce fût. En outre, les glandes sublinguales étaient tuméfiées, et indépendamment de la dyspnée et de vertiges habituels, la malade était affectée d'un ptyalisme continuel, et d'une diarrhée abondante. Dans cet état avancé du mal, la ligature des artères thyroïdiennes ainsi que tous les autres moyens curatifs, devenaient insuffisans, et d'ailleurs la malade quitta l'hôpital après avoir un peu réparé ses forces. Mais elle rentra vers la fin de septembre, dans une situation plus fâcheuse encore; le goître était devenu très-douloureux et les membres inférieurs œdématiés. Ce qu'il y avait de fort remarquable, c'est que la tumeur n'offrait plus de battemens à l'exception des points où l'on voyait se distribuer les plus gros rameaux artériels; les accidens s'aggravèrent rapidement, et la malade succomba le 12 octobre. La dissection de la tumeur donna lieu aux observations suivantes.

Le goître était diminué d'un tiers au moins de son volume ordinaire, et l'on retrouvait à sa surface les fibres amincies et écartées des muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens. La tumeur était entièrement enveloppée par une membrane cellulaire épaisse, qui recouvrait aussi cha-

cun de ses lobes, dont les deux latéraux s'étendaient depuis la base de la langue jusqu'à la crosse de l'aorte, se prolongeant en dedans, derrière le larynx et le commencement de la trachée dont le canal était un peu applati latéralement. Il sortait de l'intérieur de la tumeur quelques grosses veines dont les unes s'ouvraient en haut dans les jugulaires, et le plus grand nombre se portaient en bas en s'entrelaçant à l'infini, et venaient s'aboucher dans les sous-clavières : les artères thyroïdiennes étaient considérablement augmentées de volume, particulièrement la supérieure gauche, qui décrivait un trajet flexueux d'un pouce et demi d'étendue à la surface antérieure de la tumeur, immédiatement au dessous de la peau, et offrait en dehors la grosseur d'une carotide; les deux vaisseaux de ce nom étaient aussi considérablement dilatés. Le docteur Sacchi chercha inutilement à suivre les artères thyroïdiennes dans l'épaisseur de la tumeur; au delà d'un pouce, il n'était plus possible de les reconnaitre. La membrane celluleuse, disséquée et enlevée avec soin, on mit à découvert la surface lobulée du goître, dont la forme était irrégulière, quoique manifestement formé par la réunion de deux lobes latéraux, qui se confondaient en avant au devant de la trachée.

En pressant chacun de ces lobes partiels, on voyait que tous avaient une consistance variable, plus ou moins molle, quelques-uns offraient une apparence de fluctuation. Divisée dans toute sa longueur, la tumeur était formée par une substance spongieuse, friable, d'un rouge-foncé, qui contenait dans son épaisseur un grand nombre de corps arrondis dont le volume variait depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une grosse noix, enveloppés d'un kyste celluleux qui était uni lâchement au tissu pulpeux et rougeâtre au milieu duquel ces corps étaient placés. Chacune de ces petites tumeurs était de nature différente; les unes renfermaient une matière muqueuse, les autres un liquide puriforme, le plus grand nombre était formé par une sub-

stance lardacée, quelques-uns ressemblaient à du sang coagulé. Quand on détachait l'enveloppe membraneuse de chacune de ces tumeurs, elle paraissait très-rouge et enflammée.

Cet état particulier de la tumeur doit surtout fixer l'attention quand on se rappelle qu'on avait observé tous les caractères du goître anévrysmatique, qui, par les progrès du mal, s'était ainsi transformé en un véritable goître lymphatique ; d'où le docteur Sacchi conclud avec M. Walther, que le goître qui mérite réellement le nom d'anévrysmatique, c'est-à-dire, qui est formé par un développement anormal des principales artères du corps thyroïde, est un cas excessivement rare, bien qu'au premier abord ce mode d'altération semble devoir être assez commun, attendu le nombre considérable de vaisseaux artériels qui s'y distribuent. L'auteur croit inutile de donner la description anatomique du goître anévrysmatique qui a été donnée avec tant de soin par M. Walther ; seulement il fait remarquer que cette altération est commune à la plupart des tissus organiques, et que les os eux-mêmes peuvent en être le siége, comme le prouvent les exemples publiés par MM. Lallemand, Dupuytren et le célèbre Scarpa.

Indépendamment des altérations qui viennent d'être décrites, le corps thyroïde en présente encore plusieurs autres moins importantes à connaître, soit à cause de leur petit volume, soit parce qu'elles sont toujours accompagnées d'altérations plus graves. Le docteur Sacchi signale toutefois les épanchemens sanguins circonscrits, qui peuvent quelquefois donner lieu à des accidens excessivement inquiétans quand on les ouvre sans précaution. Flajani et Monteggia ont vu des tumeurs de cette espèce, occupant presque toute la surface de la thyroïde et de la partie inférieure du cou. La mélanose et les tubercules se développent aussi dans le goître, de même qu'au milieu du corps thyroïde d'ailleurs sain, mais il y a toujours alors des altérations graves des poumons ; il suffit de mentionner les tu-

meurs hydatiques isolées, l'athérôme, le stéatôme, les productions cartilagineuses, osseuses, les concrétions crétacées, qu'on y a observées souvent depuis Morgagni et Haller. On sait que le corps thyroïde est devenu quelquefois emphysémateux à la suite d'une rupture accidentelle de la trachée-artère.

Telles sont les différentes altérations du corps thyroïde, qui, en déterminant un accroissement plus ou moins considérable de son volume, constituent la maladie communément désignée sous le nom de goître; qui, dans quelques cas rares, se montrent isolées, mais qui sont le plus souvent réunies, combinées, de manière qu'elles paraissent n'être que des degrés différens d'une même altération.

Les observations du docteur Sacchi viennent à l'appui de celles de tous les auteurs qui ont écrit sur les causes de cette maladie; il a reconnu qu'elle se développe particulièrement sous l'influence prolongée des eaux dites crues, indigestes, chargées de sels calcaires, et ce fait est d'autant plus positif qu'en changeant de lieu et cessant de boire la même eau, les individus affectés de goître voyaient la maladie disparaître.

Quant au traitement, l'auteur passe successivement en revue tous ceux qui ont été conseillés et employés. Parmi les moyens hygiéniques, on doit placer en première ligne l'éloignement du pays dans lequel le goître s'est développé, et conséquemment l'usage d'une eau plus salubre, et l'usage d'un régime alimentaire différent. Le docteur Sacchi parle ensuite des nombreux médicamens, et surtout des préparations d'iode, administrées en topiques ou intérieurement. Il a remarqué que ces dernières préparations étaient les plus efficaces, spécialement dans l'hypertrophie du corps thyroïde et dans le goître scrofuleux : dans le goître mou ou lymphatique, leur action est moins énergique. Elle ne l'est aucunement dans les goîtres petits, partiels, ou isolés et durs, ce qu'on conçoit aisément quand on sait quelle est

le plus habituellement la nature de ces altérations circonscrites du corps thyroïde. Des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse, continuées pendant cinq ou six semaines, ont suffi pour faire disparaître complètement des goîtres très-volumineux. A part les tumeurs enkystées, le squirrhe, le fongus médullaire, les épanchemens sanguins et l'anévrysme par anastomose, toutes les autres altérations qui peuvent constituer le goître sont combattues avantageusement par ce moyen.

Malgré la disparition de goîtres à la suite d'une suppuration abondante déterminée par la potasse (pierre à cautère), le docteur Sacchi considère l'application de ce caustique comme dangereuse. Il veut qu'on n'y ait recours que bien rarement. Le séton passé dans l'épaisseur de la tumeur a eu des succès, mais notre auteur n'a pas cru devoir en faire usage; il préférerait l'ablation ou une cautérisation locale dans certains cas où les préparations d'iode restent sans effet. On peut d'ailleurs causer par ce moyen une inflammation profonde dont il devient difficile de borner ensuite les progrès. L'extirpation de la tumeur a été pratiquée plusieurs fois avec succès, mais c'est une opération qui présente bien des chances défavorables. La ligature des artères thyroïdiennes supérieures, qui a été faite avec succès par Walther et par plusieurs autres chirurgiens, dans le goître anévrysmatique, pourrait être utilement appliquée aux goîtres dus à l'hypertrophie simple de la thyroïde. Le docteur Sacchi se contente de signaler, dans ce cas, cette opération, qu'il n'a pas eu l'occasion de mettre en pratique.

Leçons sur la cataracte congénitale; par le professeur MIDDLEMORE (1).

Il arrive quelquefois qu'un enfant vient au monde avec

(1) *The London Med. and Physic. Journal.* Juin 1833.

une cataracte sur chaque œil; il n'est même pas rare de voir plusieurs enfans de la même famille présenter ce phénomène congénital. Nous avons vu dans cet établissement (hôpital ophthalmologique de Birmingham), quatre enfans de la même mère naître successivement chacun avec deux cataractes; on trouve des faits de ce genre dans l'ouvrage de Saunders, page 158, et dans les excellentes leçons de Dupuytren.

Observation. — Thomas Gardner, âgé de 22 ans, avait une cataracte congénitale sur chaque œil. Sa mère le fit voir au docteur Power, de Lichfield, lorsqu'il était très-jeune, et ce médecin ayant recommandé qu'on ne fit aucune opération qu'il ne fût plus âgé, elle crut devoir attendre jusqu'à ce moment. Avant l'opération, il voyait à peine assez pour marcher; quelquefois en plaçant un livre presque en contact avec ses yeux, et en regardant de côté, il pouvait distinguer quelques lettres; il percevait les variations brusques de lumière, les couleurs les plus éclatantes, etc., mais il ne voyait point assez pour lire et se livrer à aucune occupation.

Aspect de la cataracte. — Une membrane dense et opaque, plus petite que l'ouverture pupillaire (qui était naturellement comme sous l'influence d'une lumière ordinaire), était située immédiatement derrière la chambre postérieure; elle était pointillée ou marbrée, et était évidemment la capsule du crystallin.

Circonstances particulières de l'état de l'œil. — La prunelle est très-petite; les muscles du globe de l'œil ont acquis une irritabilité extrême, et celui-ci est continuellement roulant dans son orbite. La cornée est extrêmement petite et plus convexe qu'à l'ordinaire; l'iris, saine en apparence, est beaucoup plus éloignée qu'à l'ordinaire de la surface interne de la cornée, et sa mobilité est moins active et plus limitée qu'elle ne devrait être. Il n'y a aucune inflammation de l'œil.

Opération. — Dans ce cas, je désirais opérer d'abord sur un œil, afin de voir, d'après les résultats de l'opération, de quelle utilité pouvait être l'extirpation de la capsule opaque ; car, comme je vais le dire bientôt, souvent, dans ces cas, la rétine est inapte à remplir l'office de la vision, et aucune modification en bien ou en mal de celle-ci n'est due à l'enlèvement de l'obstacle matériel. Comme expérience qui ne pouvait entraîner aucun inconvénient, j'introduisis une petite aiguille à cataracte derrière le bord de la cornée, comme pour l'opération par abaissement; j'éloignai la capsule de la pupille en abaissant la pointe de l'aiguille, de manière à laisser cette partie parfaitement claire, et je m'efforçai de détacher la membrane opaque de l'iris avec laquelle elle avait contracté des adhérences. Cependant, en retirant l'instrument de l'œil, la capsule remonta promptement à sa position première. Cette opération ayant complètement échoué, j'en pratiquai une autre au bout de neuf jours : elle consista à faire une petite ponction dans la cornée, à introduire une paire de pinces fines dans l'incision, et au-dessous du lambeau de la cornée, et à retirer ou plutôt à essayer de retirer la membrane endurcie; mais je trouvai que les adhérences de cette membrane avec l'iris étaient si solides, que j'aurais plutôt séparé l'iris de ses connexions ciliaires que de les détruire ; je me contentai donc de la faire passer à travers la pupille, et de la laisser dans la chambre antérieure. Bientôt après cette opération, la capsule opaque se retira dans la chambre postérieure. Lorsque l'inflammation légère produite par cette opération fut dissipée, je fis une incision avec le couteau de Beer sur la cornée, et la divisai comme pour l'opération ordinaire de l'extraction, excepté toutefois que l'incision de la cornée fut moins étendue; j'introduisis un petit crochet derrière le bord de la capsule, et la retirai sans la plus légère difficulté. L'œil fut en peu de jours dans l'état où il est maintenant.

J'ai pratiqué cette troisième opération seulement sur l'œil droit, divisant la cornée à sa partie supérieure et non à sa partie inférieure, et je n'ai éprouvé aucune difficulté à retirer la capsule opaque ; la pupille est maintenant claire et circulaire, l'iris est intacte, et il ne reste aucun fragment de la capsule opaque.

Il n'est pas d'usage maintenant de laisser la cataracte congénitale en place, comme dans le cas précédent, sans essayer rien pour sa cure : la pratique établie et la plus correcte est d'opérer les enfans à l'âge peu avancé de six à huit mois (1), et c'est à Saunders que l'on doit d'avoir le premier recommandé et mis en vogue cette pratique, quoique les amis du docteur Gibson, de Manchester, en réclament pour lui l'honneur (2). C'est certainement une grande amélioration dans le traitement de cette affection, de ne pas attendre, comme on avait coutume naguère, pour opérer, que le sujet fût adulte ; car, outre la perte de temps qui résulte pour le malade de la continuation de la maladie, plusieurs lésions graves peuvent survenir dans la structure et les fonctions de l'œil et dans ses dépendances, lésions qui tiennent évidemment, pour la rétine en particulier, à l'absence de l'impression normale de la lumière ; et

---

(1) M. Lawrence recommande de faire cette opération plutôt vers l'âge d'un à deux mois. (*Voyez* ses leçons de chirurgie.) Le docteur Farre dit que les plus grands succès qui couronnèrent les opérations de Saunders pour la cataracte congénitale, eurent lieu chez des enfans âgés de dix-huit mois à quatre ans.

(2) Dans l'année 1801, M. Ware publia le récit d'un cas où il réussit à guérir une cataracte congénitale par l'abaissement, chez un garçon de sept ans, et il posa en principe l'extraction de la capsule par une incision de la cornée, si elle est épaisse et dure. En 1805 il répéta cette assertion, et recommanda de nouveau la méthode par abaissement, comme le meilleur moyen de guérir la cataracte, et en 1811 il affirme qu'il a l'habitude d'opérer chez les enfans affectés de cataracte congénitale, en lacérant légèrement la capsule antérieure. Cheselden opérait chez de *jeunes enfans*, comme il paraît, d'après ce qu'il dit dans son petit ouvrage sur l'anatomie, publié en 1732, page 304.

le jeune homme qui fait le sujet de l'observation racontée ci-dessus, offre les plus importantes de ces lésions.

D'abord l'œil est remarquablement petit et imparfaitement développé. Tout organe a besoin, pour prendre un accroissement régulier, d'être exercé à un degré et à une époque convenables. Il est digne de remarque ici que, quoiqu'aucune partie de l'œil ne manque, excepté le crystallin et sa capsule, et qu'à cela près l'organe soit parfait sous le rapport du nombre et de l'intégrité de ses parties diverses, cependant sa grosseur est tellement au-dessous de ce qu'elle devrait être, que ce phénomène est sensible à la plus légère inspection (1).

Une autre chose à observer, c'est le mouvement continuel du globe oculaire. Quand un homme veut regarder un objet attentivement, ses yeux deviennent fixes et immobiles; cette tranquillité est indispensable à la perception exacte des petits objets. Chez l'adulte qui est affecté de cataracte congénitale, l'œil est continuellement dirigé en tous sens; les muscles du globe de l'œil ont perdu toute assurance dans leur action et sont devenus en grande partie indépendans de la volonté. Ce phénomène est très-remarquable dans le sujet de cette leçon. Il semble que la rétine ne reçoive d'aucun objet une impression distincte et suffisante pour décider la puissance visuelle (*the powers of vision*) à la contemplation approfondie de ses caractères.

On conçoit facilement qu'une rétine qui est privée pendant un grand nombre d'années de son stimulus naturel,

---

(1) J'ai eu occasion de voir dernièrement deux jeunes sujets qui étaient nés avec une cataracte sur chaque œil, et dont les mains et les pieds étaient excessivement petits. Ce défaut de développement était tel, qu'un médecin qui voyait ces personnes avec moi, remarqua qu'on aurait cru voir *les mains et les pieds d'un enfant attachés à des membres d'adulte*. J'ai fréquemment observé diverses anomalies dans la forme et le développement de différentes parties chez des sujets affectés de cataracte congénitale.

doit perdre une très-grande partie de sa sensibilité. C'est ce qui est arrivé pour le jeune homme présent ; quoique la cataracte ait été enlevée, que la pupille soit claire et qu'aucun obstacle mécanique ne s'oppose à l'introduction de la lumière, cependant sa vision est de beaucoup inférieure à celle des personnes qui ont été guéries d'une cataracte formée dans un âge avancé de la vie.

Telles sont donc les conséquences nécessaires de la permanence de la cataracte congénitale : 1° développement imparfait de l'œil ; 2° mouvemens continuels, désordonnés, involontaires du globe de l'œil ; 3° diminution de la sensibilité de la rétine. Il faut noter que les deux premiers accidens sont complètement incurables, et que le troisième est rarement susceptible d'amélioration. Le docteur Farre, en faisant allusion à la pratique de Saunders, corrobore cette opinion : « Chez plusieurs enfans, dit-il, guéris à l'âge de quatre ans et au-dessous, la sensibilité de la rétine n'était point inférieure à celle des enfans du même âge qui voyaient depuis leur naissance ; mais à huit ans et même au-dessous, il y avait une diminution notable de la sensibilité ; à douze, celle-ci était encore plus obtuse ; et depuis l'âge de quinze ans et au-dessus, il ne restait quelquefois que la simple perception de la lumière. »

Si on laisse la cataracte congénitale en place sans rien tenter pour sa cure, la capsule opaque, qui est ordinairement ce qui reste de l'affection primitive, peut contracter des adhérences avec les parties environnantes et particulièrement l'iris ; cette circonstance diminue beaucoup l'espoir de rendre la vue au malade, et ajoute aux difficultés de l'opération.

La cataracte congénitale varie beaucoup en couleur et en consistance ; elle varie aussi sous le rapport du siége de l'opacité. Le crystallin est ordinairement blanchâtre et présente souvent une apparence laiteuse ; il est mou, presque fluide, et la capsule est transparente. Telle est,

neuf fois sur dix, la nature exacte de la maladie, au moins pendant les premières années de la vie; mais dans le cours de quelques années, le crystallin est absorbé, la capsule devient opaque, et ses deux lames n'étant plus séparées par l'interposition du crystallin, s'unissent et forment une membrane très-ferme, comme on le voit dans la capsule retirée de l'œil de Thomas Gardner. Dans cette union des deux lames de la capsule du crystallin, c'est la lame antérieure qui s'affaisse sur la postérieure, car celle-ci est rendue immobile par son union solide avec la membrane hyaloïde.

C'est une question de savoir si la capsule opaque possède ou non la faculté d'absorber le cristallin, et je suis disposé à croire qu'il n'en est rien (1). Il serait bon de prendre note des cas où une capsule opaque renferme son cristallin, et de voir si celui-ci est absorbé, sa capsule étant opaque dans tout son tissu; il faudrait toutefois, dans de telles recherches, s'assurer, aussi exactement que possible, de l'état de la lame postérieure de la capsule. Ce soin est indispensable pour arriver à des conclusions correctes sur ce sujet. Je n'ai jamais vu l'opacité de la capsule du cristallin congénitale, le cristallin restant transparent, et je n'ai jamais observé une cataracte congénitale *dure* dans les premiers temps de la vie.

J'ai déjà dit que le cristallin est d'abord opaque; qu'aussitôt qu'il est absorbé, la capsule qui a opéré son absorption devient opaque à son tour; que les deux lames de celle-ci s'agglutinent et contractent fréquemment des adhérences avec l'iris. Il est tout simple que cette espèce de membrane épaisse et coriace ne soit pas éliminée par le même procédé que le cristallin. Saunders y fait allusion en termes non

(1) Le pouvoir d'absorption des membranes séreuses est toujours diminué et souvent entièrement détruit, quand elles sont devenues denses et opaques par suite de maladie.

équivoques, et il dit que si cette capsule endurcie est laissée en place, on ne pourra plus ni l'abaisser ni l'extraire, et il recommande de pratiquer à son centre une ouverture avec une aiguille. Il semble que Saunders avait quelques raisons pour parler ainsi, et pourtant les apparences sur lesquelles il s'appuyait étaient trompeuses. Si la capsule épaissie est laissée en place pendant long-temps, elle contracte en général des adhérences avec l'iris, et a très souvent de fortes connexions avec la membrane hyaloïde; ces circonstances augmentent beaucoup les difficultés de l'extraction et de l'abaissement, et nous avons vu, dans le cas sus-relaté, que lorsque j'eus éloigné la capsule de la pupille dans ma première opération, elle reprit ensuite sa place accoutumée, et cela venait de ses connexions avec la membrane hyaloïde; que, dans la seconde tentative, en raison de la petitesse de l'incision faite à la cornée, et de l'impossibilité où j'étais de faire manœuvrer les instrumens nécessaires pour détruire les adhérences de la capsule avec l'iris, j'aurais plutôt déchiré celle-ci que détruit ces adhérences; et que si j'ai réussi à enlever la capsule très-promptement à ma troisième tentative (1) sur l'œil gauche, et à ma première sur l'œil droit, c'était principalement parce que j'avais fait l'incision de la cornée suffisamment large. Ce dernier procédé, l'extraction de la cataracte capsulaire endurcie par une section de la cornée, a été proposé avec beaucoup de chaleur, et pour la première fois, par le docteur Gibson, de Manchester.

Gibson avança que très-peu d'inflammation était excitée par la simple section de la cornée et par les manœuvres nécessaires à l'extraction de la capsule opaque dans les cas analogues à celui dont nous nous occupons; mais si cette

(1) Les deux premières opérations avaient détruit ou affaibli quelques-unes des adhérences de la capsule avec l'iris, et avaient ainsi favorisé la dernière.

capsule n'est enlevée rapidement et sans l'introduction fréquente des instrumens, il est fortement à craindre que l'iris et les divers tissus de l'œil ne s'enflamment à un haut degré. C'est la difficulté de se servir des instrumens dans un espace aussi petit que celui qui est offert par l'incision de la cornée, qui a porté Gibson à inventer les beaux instrumens qui portent son nom, *le crochet, les pinces et les ciseaux de Gibson.*

Gibson ne faisait qu'une simple ponction de la cornée, mais j'ai eu lieu plusieurs fois de me repentir d'avoir suivi son avis sur ce point, et sachant que la cornée peut être assez largement divisée chez des sujets qui ne sont ni très-jeunes ni très-vieux, sans craindre son ramollissement ni une inflammation inquiétante, j'ai pensé qu'il valait mieux faire à la cornée une incision presque semblable à celle qui est faite pour l'opération ordinaire de la cataracte par extraction, et je regarde cette incision comme un perfectionnement réel apporté à la méthode de Gibson. Pour fixer l'œil avant de faire la ponction de la cornée, le doigt indicateur et le doigt médius de la main gauche (si l'on opère sur l'œil gauche), doivent s'étendre au-delà du bord tarsal de la paupière inférieure; le doigt médius doit appuyer fortement contre le globe de l'œil vers son côté nasal, et l'indicateur appuyer de la même manière du côté de la tempe, de manière à rendre l'œil immobile; on peut, dans cette opération, employer plus de force que dans l'opération ordinaire de la cataracte par extraction; car la mobilité acquise de l'œil rend très-difficiles les opérations à pratiquer.

Ainsi, dans tous les cas de cataracte congénitale chez un enfant, il faut recourir sans délai à l'opération, s'il se porte bien, et s'il est âgé de plus de six mois; il ne faut point alors chercher à diviser la cornée et à faire l'extraction de la cataracte; mais au contraire opérer par abaissement, comme l'ont conseillé Ware, Gibson et Saunders. Si, au contraire, il s'agit d'une cataracte congénitale, telle que

celle qui fait le sujet de l'observation relatée ci-dessus, il faut l'extraire par le procédé que je viens de décrire, et qui n'est qu'une modification de la méthode proposée d'abord par Ware, mais plus particulièrement préconisée, décrite et pratiquée par Gibson. S'il existe des adhérences étendues entre la capsule endurcie et l'iris, il faut introduire dans l'incision les ciseaux de Gibson ou de Maunoir, faire une ouverture dans cette capsule et la couper aussi près que possible du bord pupillaire de l'iris; les fragmens seront enlevés avec le crochet ou la pince.

Si la cataracte, qui était d'abord lenticulaire, devient membraneuse, et que les deux lames de la capsule occupent la pupille, et s'unissent, on ne peut en espérer la cure par la dissolution, car la densité de sa texture la rend très-réfractaire à l'absorption; l'abaissement en est rendu impossible par la solidité de ses adhérences avec la membrane hyaloïde. Dans ce cas l'extraction est décidément préférable; mais s'il se présente chez un enfant, cette opération ne serait ni nécessaire, ni raisonnable; elle ne serait pas nécessaire, parce que la maladie peut être promptement guérie par une opération moins difficile et moins grave; elle ne serait pas raisonnable, parce que dans l'enfance l'iris est très-rapprochée de la cornée, la cornée est plus épaisse, d'une texture plus lâche; les lamelles sont plus mobiles l'une sur l'autre que dans un âge plus avancé; de telle sorte qu'il est extrêmement difficile de diviser la cornée sans blesser l'iris, ou sans craindre une opacité étendue de la cornée.

REVUE GÉNÉRALE.

Physiologie.

Bruits du cœur. — Le docteur Billing, médecin à l'hôpital de Lon-

dres, a lu à la Société Huntérienne un mémoire où il donne l'explication suivante des bruits du cœur. « En appliquant l'oreille, dit-il, ou le sthétoscope, sur la poitrine d'une personne en santé, au point où l'on peut voir et sentir les pulsations du cœur, entre les cartilages de la cinquième et de la sixième côte, à gauche, on sent un choc, accompagné d'un bruit, comme si le bruit était produit par le choc contre les côtes, et immédiatement après un bruit, en quelque sorte plus bref et plus faible, paraissant plus éloigné, comme s'il était produit par la rechute en arrière du corps qui a donné le coup; il y a alors une pause un peu plus longue que l'intervalle qui sépare les deux bruits. J'ai établi ailleurs que le battement ou choc du cœur avait lieu entre le premier et le second bruit, et en effet quoique le choc et le premier bruit viennent ensemble, comme lorsqu'un livre ou une autre substance dure est placée contre la tête et frappée avec la main, cependant le choc dure quelque temps, presque jusqu'au second bruit. Ces phénomènes sont causés par les ventricules et les valvules; car, contrairement à l'opinion de Laennec, les oreillettes ne sont pour rien dans la production des bruits du cœur; le choc est causé par le gonflement des muscles ventriculaires dans leur systole pour chasser le sang; le premier bruit est causé par la tension produite quand les valvules auriculo-ventriculaires se ferment; et le second est produit par celle qui a lieu quand les valvules ventriculo-artérielles se ferment. On pourrait penser que la cause assignée n'est pas assez forte pour être en rapport avec la production des bruits du cœur; mais le petit instrument dont se servent les garde-chasse pour appeler les perdrix, peut s'entendre au moins à la distance d'un quart de mille, quoiqu'il ne consiste que dans un morceau de vessie étendu sur un dé, expansion membraneuse cinq ou six fois moindre que les valvules qui agissent ensemble dans le cœur, et qui donneraient un bruit beaucoup plus fort si elles n'étaient pas entourées de parties molles. Le premier est plus fort et plus long; le second est subit et se termine instantanément, parce que les valvules sémi-lunaires ont une attache régulière, définie, et sont plus petites que les valvules auriculo-ventriculaires dont l'attache aux cordes tendineuses et la forme irrégulière rend la terminaison du bruit moins abrupte. » (*The Medico-Chir. Review*, avril 1833.)

Pathologie.

Affection hystérique. — *Obs. par le docteur Graves.* — Le 1.er septembre 1832, le docteur Graves fut appelé auprès d'une jeune dame, qu'on lui dit être en un pressant danger. Elle était assise sur son lit; son visage était pâle, et portait l'empreinte de la plus grande anxiété. Elle portait à la main droite un vase contenant de l'eau,

qu'elle approchait de ses lèvres toutes les cinq secondes, et buvait une très-petite quantité d'eau qu'elle avalait immédiatemtnt avec un effort considérable de déglutition, quoique la quantité de liquide fût si petite. Elle disait qu'elle serait immédiatement étranglée, si elle discontinuait cette *buvoterie* (*sipping*) continuelle, et elle accusait une douleur intolérable à la racine de la langue et dans le gozier, avec menace de suffocation, aussitôt qu'elle n'était pas occupée à avaler. La sensation qui la portait à agir ainsi était si impérieuse, que sitôt qu'on essayait à lui ôter le vase de la main elle se mettait à crier, était prise de convulsions, et semblait à l'agonie. Cette scène durait depuis plusieurs heures, et était rendue plus tragique encore par une masse noire de sangsues autour de son cou, et par le sang qui l'inondait. Le docteur Graves, en l'examinant avec attention, s'assura que les conduits aériens étaient parfaitement libres, et que la malade pouvait faire une large inspiration sans aucun bruit dans la poitrine; on ne voyait aucune rougeur à la racine de la langue et dans le pharynx. Comme la jeune malade était délicate et nerveuse, sédentaire, et sujette à de fréquentes attaques d'hystérie, le docteur Graves n'hésita point à attribuer ces phénomènes à la même cause; en conséquence, il fit enlever les sangsues, arrêter le sang le plus promptement possible, et prescrivit le camphre, l'esprit de Mindérérus, et autres remèdes analogues, sous l'influence desquels l'irritation nerveuse céda et la malade s'endormit.

Ce fait est digne de remarque, non parce que la nature et le traitement convenable pouvaient être difficiles à reconnaître, mais parce qu'il présente quelques circonstances importantes relativement à l'acte de la déglutition. D'abord, il est clair que la sensation pénible rapportée au gosier, était une variété du globe hystérique; elle était accompagnée, comme lui, par la sensation d'une suffocation imminente. L'efficacité d'une *buvoterie* continuelle pour modifier avantageusement cette sensation pénible, offre quelque chose d'analogue avec les bons effets que le même moyen produit dans une autre affection de nature spasmodique, le hoquet; de plus, il est digne de remarque que tout essai pour empêcher cet acte était suivi immédiatement de convulsions hystériques. Combien doit être différent l'état du système nerveux dans l'hydrophobie, où le plus léger effort pour boire détermine aussi des convulsions?

Une autre affection curieuse des organes de la déglutition se présenta au docteur Graves, chez un jeune ecclésiastique de tempérament nerveux, pour la santé duquel il fut consulté en 1832. Ce jeune homme se plaignait de divers symptômes indiquant la débilité et la dyspepsie, mais il était principalement tourmenté par un effort douloureux et convulsif qui avait lieu quelquefois immédiatement après la déglutition, avant que le bol alimentaire ne soit entré dans l'esto-

mac, et par quelque chose qui semblait s'opposer à ce qu'il ne descendît plus bas. Ce phénomène ne durait que quelques secondes; il était très-pénible pour le malade lui même et pour les spectateurs; il survenait ordinairement au moment du repas, et l'empêchait de diner en société.

Dans un autre cas analogue, ces attaques soudaines de dysphagie momentanée sont devenues si habituelles, que le sujet qui en est atteint ne se hasarde jamais à manger sans avoir un verre d'eau près de lui, car chez lui l'arrêt du bol alimentaire est accompagné de l'imminence de la suffocation. Ce malade, excellent anatomiste, pense que la sensation de suffocation est entièrement nerveuse, ou du moins qu'elle n'est le résultat d'aucune obstruction mécanique de la glotte due au passage du bol alimentaire. Dans ces deux cas, la maladie paraît être due à l'augmentation ou plutôt au désordre de la sensibilité de l'œsophage lui-même. Dans les blessures de la portion cervicale de la moelle épinière, il arrive par fois que la sensibilité de l'œsophage est tellement exaspérée, que la déglutition est rendue impossible en raison de la douleur. Ce fait suffit pour nous engager à diriger les moyens thérapeutiques vers la nuque, dans les cas dont il s'agit.

Dans les fièvres, le docteur Graves a vu plusieurs fois une espèce particulière de dysphagie, causée évidemment par un distension flatulente de l'estomac, à un tel degré, que l'extrémité inférieure de l'œsophage participait à cette condition; du moins ce qui lui donnait cette croyance, c'est que durant l'effort qui constituait le paroxysme dysphagique, on entendait un bruit de nature à faire penser que le bol alimentaire rencontrait de l'air contenu dans la partie inférieure de l'œsophage. Le docteur Autenrieth, de Tubingen, a remarqué particulièrement ce symptôme, ou au moins quelque chose d'analogue, dans ce qu'il appelle la *fièvre typhoïde abdominale des enfans;* car il dit que si le malade boit, on entend un bruit de bouillonnement comme si le liquide était versé dans un sac sans vie. Le docteur Kumly et le docteur Graves eurent occasion de voir ensemble une jeune dame, dans un cas tout semblable, qui présentait, outre ce bruit, une dysphagie spasmodique, due probablement à l'entrée d'un gaz dans l'extrémité inférieure de l'œsophage, si grande, qu'elle refusa entièrement de boire. Ce phénomène disparut peu-à-peu, et la dame recouvra la santé; toutefois, il est bon de noter que ce symptôme et le bruit décrit par le docteur Autenrieth, sont de très-mauvais signes dans les fièvres. (*Dublin Journal of Medical sciences.*)

Observation d'hydrophobie; *par le docteur Wm. Stokes, professeur; recueillie par M. Hudson.* — Wm. Lamb, âgé de 5 ans, entra à l'hôpital le 15 février 1833. Trois semaines auparavant il avait été mordu par un chien au menton, en deux endroits. Les plaies avaient

été fermées avec des agglutinatifs, et furent guéries en trois ou quatre jours. Quand il vint à l'hôpital, les cicatrices n'étaient ni rouges ni douloureuses. Dans le milieu de la nuit du 12, il avait été pris de vomissemens suivis de soif, chaleur à la peau, anxiété; il s'agitait continuellement, grinçait des dents, et jetait des cris pendant son sommeil. Le 15, on remarqua qu'il frissonnait en buvant; il paraissait abattu, avait un air soupçonneux, effrayé, et évitait la société de ses camarades. Vers le soir, ces symptômes augmentèrent en fréquence et en intensité. Le 14, il ne pouvait souffrir le décubitus dorsal, et rejetait ses couvertures. Il se plaignait d'une vive soif, et quoiqu'il refusât de recevoir aucune boisson des mains d'autrui, il saisissait le vase lui-même avec empressement, avalait une gorgée avec de grands efforts, et tombait à l'instant même dans des convulsions générales. Toute la nuit il fut éveillé, refusa de se coucher, avala quelques gouttes d'eau très-fréquemment pour soulager sa soif brûlante, et eut des convulsions à chaque fois. Il accusait de la douleur à la tête et à l'épigastre; les vomissemens et les autres symptômes persistèrent, et il fut pris de délire. Dans la journée, sa mère le porta chez un pharmacien qui lui fit prendre un purgatif. Le jour de son admission, à deux heures après-midi, il présenta les symptômes suivans : il était couché sur le côté, les genoux fléchis; le visage pâle et exprimant la plus forte terreur; les yeux étaient hagards, brillans, errant perpétuellement d'un objet à un autre; les pupilles étaient dilatées, le pouls précipité et plus fréquent qu'à l'ordinaire, la peau froide, la langue blanche, la respiration médiocrement gênée, mais interrompue de temps en temps par des sanglots, augmentés par l'approche d'une ou plusieurs personnes. Il frissonnait violemment quand il était touché par une main froide, et avait des convulsions dans les bras comme dans la chorée, avec élévation de la tête et du tronc. S'il était excité plus fortement, comme par le bruit de l'eau ou la vue d'un miroir, il paraissait étouffer, il se levait sur son lit et avait une convulsion générale, affectant les muscles de la poitrine et des membres supérieurs. On prescrivit douze sangsues à l'épigastre, ensuite un vésicatoire pansé avec trois grains d'acétate de morphine, des flanelles imbibées d'eau chaude autour des membres. On fit dissoudre un grain de strychnine dans cent gouttes d'alcohol, et on administra une goutte de cette solution toutes les demi-heures; à cinq heures après-midi, il eut un lavement au tabac. Ce lavement augmenta les convulsions à un haut degré, la peau devint froide, et le pouls insensible au toucher. A sept heures après-midi, il était encore sous l'influence du narcotisme produit par le tabac; la peau était encore froide, le pouls extrêmement petit, faible et accéléré, et les convulsions se succédaient avec plus de fréquence et de violence que dans le commencement du jour. On prescrivit un bain de vapeur et la continua-

tion de la strychnine. A dix heures il devint plus tranquille, la chaleur de la peau était revenue, la peau était baignée d'une sueur chaude, et les convulsions étaient moins fréquentes ; le pouls était à 130, et la respiration à 36. Quoiqu'il parût moins souffrant que dans la première partie de l'après-midi, cependant il était évident qu'il devenait progressivement plus mal ; son visage, quoique coloré, était plus déprimé, ses yeux avaient perdu leur éclat, et les pupilles étaient contractées ; la respiration était interrompue par des sanglots toutes les minutes, et l'on entendait un râle muqueux sur toute la poitrine. Il s'affaissa graduellement ; son pouls devint filiforme, augmenta de fréquence jusqu'à 160, la respiration alla jusqu'à 50 ; la voix était faible et étouffée. Ses yeux se creusèrent, les pupilles n'offrirent plus qu'un point, et quelque temps avant la mort il y eut strabisme et mouvemens convulsifs des globes oculaires. Les sanglots, le grincement des dents, les vomissemens, devinrent de plus en plus fréquens et prolongés, s'accompagnant de convulsions violentes, d'écume à la bouche et d'opisthotonos. Avant sa mort il eut le délire ; il s'occupait presque exclusivement du chien qui l'avait mordu. Environ à quatre heures du matin, le 16, il mourut dans une violente convulsion générale.

Nous avons rapporté l'observation qui précède dans tous ses détails, parce qu'elle est bien propre à donner une idée précise des symptômes de la rage, à cause de l'âge de l'enfant qui ne permet pas de penser que l'imagination ait été pour rien dans la production de la maladie. Une chose digne de remarque est ce délire, qui ne se manifesta que peu de temps avant la mort, et qui ne roula que sur le chien qui avait mordu le petit malade ; on ne peut pas supposer qu'à un âge si tendre, cet enfant ait pu saisir la relation qui existait entre la maladie qui le faisait périr et une légère blessure complètement guérie avant le développement des premiers symptômes. Une chose presque aussi difficile à expliquer, c'est que le médecin aux soins duquel l'enfant a été confié, ait eu l'idée d'administrer la strychnine et les lavemens de tabac dans une affection qui offre pour symptômes principaux les convulsions les plus violentes. Aussi voyons-nous que cette médication, de l'aveu même de l'auteur de cette observation, a été suivie de l'exacerbation des phénomènes morbides. (*The Lond. Med. and Surg. Journal*, 8 juin 1833.)

Tumeurs emphysémateuses du visage. — Le *London medical and Physical Journal*, en reproduisant l'observation du docteur Ollivier, d'Angers (*tumeur emphysémateuse du cou*, etc., *Archives*, mars 1833), a rapproché de ce fait curieux les faits suivans qui sont aussi susceptibles de quelque intérêt.

Un homme qui jouissait d'une bonne santé, dînant tranquillement avec sa famille, n'ayant fait aucun mouvement brusque, aucun effort

pour avaler, sentit tout-à-coup, en mangeant, une légère raideur dans le côté gauche de la mâchoire; mais cet engourdissement était si peu de chose qu'il n'y fit aucune attention et n'en dit rien à sa famille qui dînait avec lui. Cependant son fils, qui était assis auprès de lui, remarqua que son visage était enflé, et lui-même, en portant sa main à sa joue, sentit une tumeur volumineuse de la grosseur à-peu-près d'une orange de moyenne taille. Il n'éprouvait aucune douleur ni aucun autre inconvénient, sauf l'émotion que devait faire naître naturellement un phénomène si inattendu. M. North, un des éditeurs du journal anglais, fut appelé. Il trouva la tumeur beaucoup plus volumineuse qu'au moment de son apparition; elle était située à gauche sur l'angle de la mâchoire supérieure. La température et la couleur de la peau n'avaient éprouvé aucune modification. La tumeur était légèrement sensible à la pression, et présentait au toucher tous les caractères d'une tumeur emphysémateuse; cependant elle était parfaitement circonscrite, et il n'y avait aucun gonflement quelconque au-delà de sa circonférence. On fit sur cette tumeur de fréquentes lotions froides de muriate d'ammoniaque, de vinaigre et d'eau, et au bout de vingt-quatre heures elle avait disparu, sans avoir en rien incommodé le malade. Il resta un peu de raideur dans la mâchoire pendant plusieurs jours.

L'autre fait a été observé également par un des éditeurs du Journal, qui ne dit pas son nom. Un homme, en se mouchant, sentit tout-à-coup sa paupière supérieure s'enfler, et le gonflement, d'abord peu considérable et confiné au voisinage du nez, augmenta bientôt et s'étendit à toute la paupière supérieure, qui égala en grosseur un œuf de poule. La tumeur était crépitante, et ne laissait aucun doute sur sa nature emphysémateuse. Elle disparut sous l'influence des applications froides; mais elle est revenue deux fois à de longs intervalles: la deuxième fois date en ce moment d'un an. (*The London Med. and Phys. Journal*, juin 1833.)

Concrétions alvines éliminées au travers des parois abdominales; *par Fr. Granger.* — Le docteur Granger fut appelé le 20 novembre 1831, auprès d'une dame veuve, âgée de 42 ans, maigre et délicate. Elle accusait une douleur intense et continue dans l'abdomen, plus particulièrement dans la région iliaque droite, qui s'augmentait par la pression, était accompagnée de soif, chaleur, anxiété, pouls dur et accéléré, vomissemens, constipation, en un mot, elle offrait tous les caractères de l'entérite aiguë. Dans l'après-midi du jour précédent, elle était revenue de la promenade, avec un frisson intense et une légère douleur spasmodique, revenant par intervalles dans la partie indiquée; cette douleur avait augmenté considérablement pendant la nuit et était devenue continue. Elle n'avait commis aucune erreur de régime. La saignée répétée (qui fournit un sang fortement couen-

neux), les sangsues sur l'abdomen, les relâchans, les lavemens, enfin le traitement antiphlogistique sévère, firent disparaître en peu de jours l'état aigu, et au bout de trois semaines environ, la malade, quoique affaiblie, était débarrassée des symptômes les plus fâcheux; mais se plaignait encore de douleur et de sensibilité à la pression dans l'endroit affecté au début de la maladie; par un examen attentif, on s'assura de l'existence d'une tumeur profondément située. L'application des sangsues apporta un soulagement momentané; mais la tumeur augmenta graduellement, accompagnée de frissons et de fréquens élancemens qui indiquaient la formation d'un dépôt. Un cataplasme de farine de graine de lin fut aussitôt prescrit. Vers la fin de janvier 1832, la tumeur avait atteint la grosseur de la moitié d'une forte orange; sa base s'étendait d'un côté jusqu'à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, et de l'autre presque jusqu'à la ligne médiane, et en bas jusqu'au ligament de Poupart. La fluctuation était alors manifeste, et vers le commencement de février, un petit trajet ulcéreux, situé au centre d'une ligne qu'on aurait tirée de l'ombilic à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, donna issue à un pus de bonne nature, dont la sortie soulagea un peu la malade. Au bout de quelques jours, l'évacuation, qui n'avait pas été abondante, diminua, et l'ouverture se ferma de temps en temps. De vives douleurs se déclarèrent. La base de la tumeur était dure et tendue; une sonde introduite dans la plaie quand la malade était couchée sur le dos, entrait par son propre poids à une profondeur d'un pouce et demi perpendiculairement. Vers le milieu du même mois, la sonde ne pouvait plus entrer qu'à un pouce de profondeur, elle était arrêtée à cette distance par un corps dur qui s'approcha de plus en plus, et sortit enfin le 7 mars par le trajet fistuleux. Deux jours après, un corps semblable sortit par la même voie.

Depuis ce moment, elle recouvra graduellement sa santé, quoique la cavité, qui était considérable, mît beaucoup de temps à se combler; la plaie fut entièrement guérie seulement en mars 1833.

Cette dame se porte bien maintenant; mais la promenade et l'exercice déterminent une sensation de contraction et une légère douleur dans l'endroit de la cicatrice.

Les corps dont il a été parlé ressemblent à des muscades pour la forme et la grosseur. Le plus gros offre un grand diamètre de trois pouces, et un petit de deux pouces et demi, et pèse soixante-quatorze grains. Le plus petit a un grand diamètre de deux pouces trois quarts, un petit de deux pouces et demi, et pèse soixante-cinq grains. Ils sont formés de lames concentriques alternativement brunes et jaunes. Ils se fondent comme de la cire à la chaleur, et brûlent avec flamme. Leur surface est très-inégale, excepté aux extrémités, qui semblent polies par le frottement. Il est assez difficile de déterminer

d'une manière positive, s'ils étaient originairement dans la vésicule biliaire ou dans les intestins; ils sont tous deux d'une pesanteur spécifique moindre que l'eau, offrent un toucher savonneux, et ne contiennent point dans leur centre un corps étranger qui leur ait servi de noyau. Il paraît, d'après la direction du trajet fistuleux, qu'ils sont sortis en ligne droite de la fin de l'iléon ou du commencement du colon; car il n'y avait aucune tortuosité qui pût faire penser qu'ils avaient glissé entre les muscles pendant un certain espace. (*The Lancet*; 4 mai 1833.)

Thérapeutique.

Emploi du tartre stibié dans une affection spasmodique; *par Edw. Duncan.* — Un homme robuste fut pris, sans cause apparente, de spasmes douloureux dans la mâchoire inférieure s'étendant progressivement au cou et au tronc, et en même temps augmentant d'intensité. Le docteur Duncan vit le malade dix-huit heures après l'attaque; il le saigna et administra dix grains de calomel et un grain d'opium, suivis de doses plus faibles; on donna aussi un lavement purgatif qui fut répété à de courts intervalles pendant trois jours, sans effet sur les intestins, et sans bénéfice pour les symptômes. Au bout de ce temps, comme la maladie prenait une tournure alarmante, on prescrivit quatre grains de tartre-stibié qui produisirent un seul vomissement et une abondante diaphorèse. Une heure après, les spasmes avaient diminué considérablement. On continua l'émétique à la dose de deux grains de deux en deux heures; ce médicament tint le malade dans un état continuel de nausées, et agit en même temps largement sur les intestins. Pendant trois jours, cette médication fut employée et les spasmes diminuèrent notablement en fréquence et en intensité. Cependant la faiblesse qui résultait de l'action de l'émétique et de l'affection spasmodique nécessita un autre traitement; on abandonna l'émétique pour recourir à un traitement tonique, et au bout d'une semaine, la maladie avait cessé complètement. Le docteur Duncan avait été conduit à employer l'émétique dans le cas qui précède d'après sa propriété bien connue de diminuer la force et la contractilité musculaires dans le cas de luxation. (*The London medical et surg. Journal*; 1er juin 1833.)

De la vaccination comme traitement curatif de la coqueluche; *par T. W. Chevalier.* — La *Gazette Médicale* de Londres a publié dans son troisième volume, pag. 46, une lettre d'un de ses correspondans, sur les bons effets de la vaccination dans le traitement de la coqueluche, chez des malades qui n'avaient pas été préalablement soumis à cette opération. Le même journal a reproduit, dans son volume 7me, pag. 801 à 807, une leçon intéressante du docteur Thomson sur la coqueluche. Ce professeur nous apprend que l'idée de vacciner

pour guérir la coqueluche, est originaire de l'Allemagne, et qu'elle a été soumise à des expériences plus récentes en Amérique. Il ajoute, avec raison, que ce moyen thérapeutique, en supposant qu'il soit justifié par le succès, ne peut être que d'une utilité très-bornée, car il n'est pas probable qu'on voulût différer la vaccination, en courant le danger de la variole dans l'intervalle, pour l'avoir en réserve contre la coqueluche, celle-ci échéant; cependant ce n'est pas une raison pour refuser d'en reconnaître toute l'importance dans les cas *d'enfans très-jeunes*, qui sont pris de la coqueluche à un haut degré et qui en sont assez souvent les victimes.

Depuis la publication de la lettre indiquée ci-dessus, le docteur Chevalier a eu trois fois occasion d'expérimenter la vaccine comme agent thérapeutique dans la coqueluche, et il a réussi dans les trois cas.

Obs. Ire — Un enfant d'un an avait, depuis quelques semaines, des quintes opiniâtres de toux, suivies d'un peu de spasme dans les inspirations consécutives. L'enfant fut observé; on ne lui administra aucun médicament; bientôt il offrit tous les caractères de la coqueluche. Au bout de trois ou quatre jours de la maladie, il fut vacciné et complètement guéri de sa coqueluche en moins d'une semaine.

Obs. IIe — Un enfant de moins de 2 ans, qui venait de perdre un plus jeune frère de la coqueluche, était atteint de cette maladie depuis plus de deux mois; ni l'un ni l'autre de ces deux enfans n'avait été vacciné. Le docteur Chevalier fit vacciner celui qui survivait, et celui-ci fut complètement guéri huit jours après.

Obs. IIe — Un garçon de trois ans avait été à l'hôpital pour une fracture du radius; on le représenta au docteur Chevalier, quatre ou cinq mois après, pour une coqueluche qui persistait depuis sa sortie de l'hôpital. Ce médecin le vaccina et la toux perdit son caractère particulier aussitôt que les boutons de la vaccine atteignirent leur parfait développement. Toutefois quinze jours après, l'enfant avait encore une toux très-légère.

Le docteur Thomson signale la troisième semaine de la coqueluche, comme l'époque d'élection pour vacciner : les faits qui précèdent semblent ôter toute limite précise; mais ils ne peuvent suffire qu'à établir l'utilité de tenter la vaccination dans tous les cas de coqueluche qui se présenteront chez des sujets qui n'auront eu ni la vaccine, ni la variole. Le docteur Chevalier a pris pour règle de sa pratique de ne jamais vacciner les enfans, à moins qu'il n'y ait des raisons pour craindre la variole, avant l'âge de huit à dix semaines, époque où tant d'enfans sont emportés par la coqueluche, qui est toujours une maladie formidable pour des êtres si fragiles.

Il existe une maladie très-rare dont le docteur Chevalier n'a vu que deux ou trois exemples, et qui ne s'est terminée qu'une seule fois par

la guérison. Elle présente les mêmes phénomènes que la coqueluche, sauf la toux qui précède le spasme ; ce dernier est plus intense et produit la mort. Dans le cas qui s'est terminé par la guérison, la toux s'établit au bout de quelques mois, et la maladie fut bientôt guérie. Dans les autres, quoique la maladie ait duré assez longtemps, aucun remède ne parut avoir la plus légère influence. Il serait extrêmement important d'expérimenter la vaccination contre cette affection terrible. (*London Medical Gazette*, 8 juin 1833.)

Contraction permanente involontaire des muscles ; *obs. par Samuel Smith, chirurgien à l'hôpital de Leeds.* — Il n'est pas rare de rencontrer dans la pratique de la chirurgie, des cas où certains muscles restent pendant longtemps durs et contractés sans alternative de relâchement. Cet état dépend quelquefois d'une lésion du nerf qui se distribue au muscle affecté ; quelquefois il est produit lorsque les deux points d'attache d'un muscle ont été rapprochés longtemps contre nature, comme il arrive dans les luxations non réduites, le traitement des fractures, etc. ; souvent enfin il est impossible d'en assigner la cause. Quand un muscle a été longtemps dans cet état, il demeure souvent contracté, seulement par habitude, même après que la cause qui produit cette contracture a été enlevée ; et l'on peut en général obtenir une prompte guérison en détruisant cette habitude. Certains muscles agissent comme antagonistes de certains autres : par exemple, les fléchisseurs du bras à l'égard des extenseurs du même membre. La contraction des uns est toujours accompagnée du relâchement des autres ; ainsi, si le bras est fortement fléchi par le biceps, et que les extenseurs entrent en action, les extenseurs n'ont pas plutôt agi que les biceps cesse d'être contracté. Supposons que les fléchisseurs du bras aient été pendant quelque temps dans un état de contraction permanente involontaire ; si le membre est amené, par une force convenable, à une extension parfaite, les fléchisseurs deviennent relâchés, et en maintenant cette position pendant un temps suffisant, on détruit cette habitude morbide. Les observations suivantes ont été choisies parmi beaucoup d'autres analogues, pour prouver quels bons effets on peut attendre de cette manière d'agir.

Obs. Ire — Mary Leak, âgée de 25 ans, femme grande et robuste de la campagne, fut admise à l'hôpital, le 30 juillet 1820. Elle était depuis quinze mois en traitement, souffrant beaucoup pendant tout ce temps d'une contraction permanente du muscle quadriceps extenseur de la cuisse, dont tous les faisceaux charnus étaient dans un état de dureté extrême ; elle marchait sans douleur ; mais l'impossibilité où elle était de plier le genou droit au plus petit degré, lui donnait l'air d'avoir une jambe de bois. Les bains chauds, les frictions et plusieurs autres moyens avaient été employés avec beaucoup de persévérance, sans produire aucun bon effet. Le lendemain du

jour de son entrée à l'hôpital, le docteur Smith, après l'avoir fait coucher sur le côté gauche, s'appuyant d'une main sur la cuisse et de l'autre saisissant le coude-pied, opéra une flexion complète de la jambe, et réussit à appliquer le talon contre la fesse du même côté. Pour éviter la réaction, le membre fut maintenu dans cette position jusqu'au lendemain matin. Alors, quand la jambe fut détachée, on trouva que cette masse musculaire, qui avait été contractée pendant si longtemps, était dans un état complet de relâchement. De plus, toute tendance à une contraction involontaire était détruite. Craignant une récidive de la maladie, le médecin garda cette femme pendant dix jours, au bout desquels il la renvoya. Le 30 août suivant, elle était parfaitement bien et n'avait éprouvé aucune rechute.

Obs. IIe.—W^m^. Holdin, âgé de 36 ans, entra à l'hôpital pour se faire guérir d'une contraction permanente du muscle masséter droit. Depuis quatorze mois, il pouvait à peine ouvrir sa bouche assez pour admettre le manche d'une cuiller. En saisissant ce muscle entre l'indicateur situé en dedans de la joue et le pouce situé en dehors, on le trouvait d'une dureté comparable à celle d'un os. Il y avait plus d'un an que cet homme ne pouvait fermer l'œil droit. On plaça entre ses dents un coin de bois, afin d'ouvrir la bouche peu-à-peu et de gagner sur le muscle contracté. Aucun traitement interne ne fut fait; au bout de huit ou dix jours, la bouche pouvait s'ouvrir au-delà d'un pouce; le muscle masséter était devenu mou et relâché. Le 10 novembre, le malade se trouvait si bien qu'il voulut sortir pour reprendre ses travaux; on lui conseilla toutefois de continuer l'usage du coin de bois pendant quelque temps. Il pouvait alors manger les alimens ordinaires, ce qui répara beaucoup ses forces qu'une alimentation liquide longtemps soutenue avait diminuées; il pouvait aussi fermer son œil.

Obs. IIIe. — Miss H., jeune dame demeurant à une vingtaine de milles de Leeds, s'adressa au docteur Smith, le 2 novembre 1829. Neuf semaines auparavant, elle était tombée sur le poignet et s'y était donné une entorse, contre laquelle on avait employé des sangsues et les applications ordinaires. En peu de jours, elle était beaucoup mieux sous le rapport de l'entorse; mais le doigt annulaire et l'auriculaire étaient contractés d'une manière permanente, et elle ne pouvait plus les étendre. Plusieurs médications furent employées sans succès, et elle vint se confier au docteur Smith. Celui-ci ayant remarqué que la pression sur le trajet du nerf cubital était douloureuse, jugea à propos, avant d'étendre les doigts, de faire placer un vésicatoire long de trois pouces et large de deux, au-dessus du poignet sur le trajet de ce nerf. Ensuite on plaça doucement les doigts dans une extension permanente. Le lendemain l'appareil ayant été enlevé, la contraction des fléchisseurs avait cessé; cette dame avait le libre usage

de sa main, et six ou huit mois après, elle n'avait éprouvé aucune rechute. (*The Doctor*, 1er mai 1833.)

Plaie recto-vésicale; fistule; guérison; *observation par le docteur Macfarlane.* — W. D., âgé de 14 ans, essayant, le 24 mai 1826, de franchir un mur, tomba avec force sur les fers aigus qui le garnissaient. Un de ces fers, sans faire de blessure extérieure, entra dans l'anus, déchira la partie antérieure du rectum, et pénétra dans la vessie derrière la glande prostate. La plaie était assez large pour que non-seulement l'urine s'écoulât dans l'intestin, mais pour que les matières fécales ramollies ou liquides passassent facilement dans la vessie. Pendant les huit premiers jours, les symptômes fébriles s'élevèrent beaucoup. Il y eut des coliques et des vomissemens, mais point de tuméfaction aux environs de l'anus et du périné, ni aucun autre signe d'infiltration urinaire. Le malade fut saigné, et éprouva du bien de l'usage quotidien des bains de siége. Quand ces symptômes d'irritation locale et générale furent diminués, on introduisit un cathéter de gomme élastique dans la vessie par l'urètre; cet instrument fut porté pendant trois mois, avec la précaution de le retirer tous les deux jours. A cette époque, il y avait encore une large fistule, à travers laquelle la plus grande partie de l'urine s'échappait par le rectum. Le malade ne voulant pas se traiter plus longtemps, sortit de l'hôpital, et n'y rentra que deux ans après. Le docteur Macfarlane, dilatant l'anus avec l'instrument de Weiss, appliqua le cautère actuel sur l'ouverture fistuleuse, et condamna le malade à porter une sonde jusqu'à la guérison parfaite, qui fut accomplie en deux mois.

Le docteur Macfarlane cite un autre cas encore plus remarquable par sa prompte guérison. Un enfant de 12 ans fut frappé par un taureau, dont la corne pénétra entre le coccix et l'anus, passant à travers les deux côtés du rectum, ouvrant largement le col de la vessie, et lacérant la prostate et la partie membraneuse de l'urètre jusqu'au bulbe. Malgré tant de désordre, l'enfant était guéri au bout de six semaines. (*Medico-Chir. Review*, avril 1833.)

Développement morbide du clitoris et des nymphes, traité avec succès par l'extirpation; *par le docteur Macfarlane.* — P. âgée de 46 ans, fut admise à l'hôpital le 14 février 1827. Elle portait un clitoris de huit pouces de long, pyriforme; son pédicule était mou, aussi gros que le poignet, et traversé par des veines variqueuses: sa partie la plus déclive était bosselée, dure, et aussi grosse que les deux poingts. Les nymphes pendaient au-delà du pédicule de deux pouces et demi, étaient inégales, couvertes par un épiderme blanc et mince, et offraient un toucher charnu. La surface interne des grandes lèvres était couverte de petits tubercules de la grosseur d'un pois fendu, et situés immédiatement sous la membrane muqueuse. Le 20 du même mois, on fit l'amputation de ces parties. Il y eut une hémorrhagie

abondante. La plaie fut cicatrisée au bout de trois semaines. On eut soin de placer une sonde dans l'urètre pendant plusieurs jours. Les parties enlevées étaient solides et fibreuses. (*Medico-Chir. Review*, avril 1833.)

Académie royale de Médecine.

Séance du 28 mai. — M. le docteur Duparque lit une note sur un *nouveau speculum-uteri* de son invention, qui, selon lui, est plus simple et plus parfait. Nous en parlerons à l'occasion du rapport qui sera fait sur cet instrument par MM. Velpeau et P. Dubois, nommés commissaires pour son examen.

Accouchement ; présentation du bras et de l'épaule. — M. Maygrier, à l'occasion du jugement qui a condamné le docteur Hélie, pour avoir coupé les bras à un enfant venant au monde dans cette présentation, lit une note sur cette question importante de l'art des accouchemens. Il rapporte d'abord deux observations : 1° une femme est en travail, le bras se présente; le premier accoucheur qui est appelé passe une partie de la nuit à essayer de faire rentrer le bras; le matin, les docteurs Hervey de Chégoin et Maygrier sont appelés; ils constatent que la présentation est celle de l'épaule, première position, avec sortie de tout le bras gauche; celui-ci est livide, considérablement tuméfié. Les accoucheurs exécutent la version; ils amènent un enfant mort, et la femme guérit sans accident; 2° dans l'autre observation, les eaux étaient écoulées, il y avait sortie d'un des bras et du cordon; une sage-femme avait essayé de terminer l'accouchement, mais sans succès. Deux médecins appellés font beaucoup de manœuvres pour refouler le bras; chose étrange et coupable oubli de l'art! ils disent être parvenus à saisir les pieds de l'enfant dans la matrice et n'avoir pas osé tirer dessus, de peur de causer trop de douleurs à la femme. MM. Maygrier et Baudelocque neveu, appellés, font la version, terminent l'accouchement; l'enfant était mort; la mère a eu une péritonite, mais a guéri. M. Maygrier établit que dans ces présentations, il faut agir comme si l'enfant n'avait pas de bras, la présence de l'un ou l'autre de ces membres n'étant jamais un obstacle; il blâme les manœuvres qui ont pour but de les repousser dans la matrice. Aller chercher les pieds et terminer l'accouchement, est, selon lui, ce qu'il faut faire, et tout de suite, sans perdre un temps précieux dans l'emploi des bains, dans l'attente du bien qu

peuvent faire des saignées, etc. M. Maygrier veut surtout que l'Académie flétrisse les pratiques de la torsion, de la section, de l'arrachement des bras, etc. M. Velpeau reconnait, comme M. Maygrier, qu'il faut faire la version de l'enfant aussitôt qu'on le peut; mais il ajoute qu'il y a des cas où on ne le peut pas d'abord, et où il faut bien attendre qu'on le puisse et arriver à le pouvoir, en recourant aux bains, à la saignée, etc.

L'Académie entre en comité secret pour entendre un rapport de la classe de pathologie externe, pour la présentation de candidats à une place de titulaire dans cette classe. Les candidats présentés sont MM. Cullerier, Sanson aîné, Émery et Maingault.

Séance du 4 juin. — M. Maingault écrit qu'il renonce à la candidature. Sur quatre-vingt votans, M. Émery obtient vingt-deux voix, M. Cullerier seize et M. Sanson aîné quarante-deux. M. Sanson est déclaré membre titulaire de l'Académie, section de pathologie chirurgicale, sauf l'approbation du Roi.

Aux termes du réglement, l'Académie doit fournir le tiers du jury, quatre juges et un suppléant, désignés par le sort dans les sections de pathologie externe et de médecine opératoire, exclusion faite des membres de ces sections qui appartiennent à la Faculté, ou qui font partie des concurrens. Le sort désigne MM. Oudet, Poisson, Hervey de Chégoin, et Gimelle, juges, et M. Amussat, suppléant.

Inoculation de la vérole. — Mémoire de M. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens de Paris. M. Ricord part de ce fait qu'un malade affecté d'une lésion réputée syphilitique, d'une blennorrhagie, par exemple, peut, dans un coït subséquent, en contracter une autre ou des chancres : il rappelle qu'un individu qui a des chancres à un lieu, peut en contracter d'autres en une autre partie à une époque postérieure, et avant la guérison des premiers; et de là il eut l'idée d'essayer sur ces malades une inoculation syphilitique dont eux-mêmes fourniraient la matière, et qui conséquemment ne pouvait leur donner que ce qu'ils avaient déjà. Il a essayé ainsi une à une toutes les lésions réputées syphilitiques, et il a confirmé cette vérité déjà établie, que les symptômes dits consécutifs ne sont pas contagieux, et que parmi les primitifs, il existe de grandes différences sous ce rapport. Toutes les fois que l'inoculation a réussi, elle a donné lieu à une pustule caractéristique dont M. Ricord décrit ainsi les traits : après vingt-quatre heures, légère rougeur et un peu d'élevure au point de la piqûre. Le deuxième jour, l'élevure se soulève davantage, s'entoure d'une auréole, prend la forme conique d'un petit furoncle dont le sommet est garni d'un point noir ou brun tenant au sang de la piqûre qui s'est desséché. Le troisième jour, véritable pustule, épiderme soulevé par une sérosité demi-transparente. Le quatrième, cette pustule s'élève,

s'arrondit, et le point central noirâtre s'enfonce en espèce d'ombilic à mesure que le liquide intérieur à la pustule devient purulent, l'auréole extérieure s'efface. Le cinquème jour, les tissus voisins de la base de la pustule s'engorgent, se durcissent. Après le sixième jour, formation sur la pustule d'une croûte stratifiée, à disques inégaux, qui tantôt reste en place jusqu'à la cicatrisation des parties sous-jacentes, tantôt tombe et laisse à découvert un ulcère ayant les caractères des chancres. Lorsqu'au contraire l'inoculation ne réussit pas, il ne reste plus de traces de la piqûre le deuxième jour, ou seulement un bouton irrégulier qui guérit promptement. Les essais d'inoculation ont porté sur la matière des chancres et des ulcérations des organes de la génération et de l'anus dans l'un et l'autre sexe; sur celle de la blennorrhagie urétrale, vaginale, utérine et anale; sur le pus des bubons, celui des pustules ou papules muqueuses, celui des tubercules ulcérés, des pustules d'ecthyma, de l'*ulcus elevatum;* sur le pus des ulcérations du col de la matrice, des lèvres, de la partie interne des joues, de la gorge; sur celui des os cariés, des différentes excroissances et végétations. La pustule caractéristique, décrite plus haut, n'a jamais succédé qu'à l'inoculation du pus du chancre, du pus des bubons, et de celui de la blennorrhagie; encore M. Ricord croit-il que dans ce dernier cas, il y avait des chancres compliquant la blennorrhagie et auxquels on doit attribuer les effets de l'inoculation. Avec toutes les autres lésions réputées vénériennes, les résultats ont été négatifs. De ces faits, M. Ricord conclut, que le chancre et les lésions qui en dépendent d'une manière directe, donnant seuls lieu à la pustule, constituent une maladie différente des autres lésions dites vénériennes: il ajoute que l'inoculation sera souvent le seul moyen de distinguer, parmi les ulcérations des parties génitales, celles qui ont ou n'ont pas le caractère contagieux. — MM. Husson, Hervey de Chégoin et Collineau sont nommés commissaires pour l'examen de ce mémoire.

Séance du 11 *juin.*—Sauvages de la tribu des Charruas, de l'Amérique méridionale des bords du Rio de la Plata. —M. Virey envoie par écrit les résultats de l'examen qu'il a fait des quatre sauvages amenés des bords du Rio de la Plata, par M. de Curel. Le crâne de ces hommes est moins développé que celui de la plupart des hommes de race blanche civilisée; la circonférence de la tête, du front à l'occiput, et prise sur les cheveux, a été de 20 pouces à 18 pouces et demi: les os maxillaires, les malaires et l'arcade zygomatique, ont plus d'étendue que chez les Européens, ce qui fait paraître conique leur sinciput; les yeux sont obliques, le grand angle abaissé vers le nez, et les paupières à demi-ouvertes et comme bridées. Les os du nez sont larges, déprimés; les sinus nasaux peu développés; le nez petit à la racine, court, large, ouvert à son extrémité; l'os frontal est abaissé et non pas applati. L'ensemble des traits, la rareté des poils,

même aux pubis et aux aisselles, la rareté de la barbe, l'état des cheveux, qui sont durs, plats, clairsemés, tout se rapporte évidemment, sous ce rapport, à la race Mongole. La couleur de la peau, la taille carrée, trapue, assez courte; la couleur noire du mamelon du sein, la faible menstruation de la femme, etc., sont aussi des traits qui s'y rattachent. D'où la confirmation de cette conclusion, que les habitans de l'Amérique du Sud et de l'Amérique du Nord ne forment pas une race distincte sous le nom de *race Américaine*, mais appartiennent à la race Mongole, qui est de toutes la plus étendue sur la surface du globe.

Instrumens de chirurgie. — M. le docteur Colombat écrit du département de l'Isère, à l'occasion de la pince qu'a présentée à l'Académie dans la séance du 14 mars dernier, M. le professeur Cloquet, et qui donne le moyen de porter facilement et sans aide une ligature sur les artères profondes, qu'en mai 1826 il a donné la description et la gravure d'un semblable instrument, dans un mémoire intitulé : *De l'hystérotomie*, ou *amputation du col de la matrice*. M. J. Cloquet assure que sa pince diffère de l'instrument de M. Colombat. Ce professeur présente en outre un autre instrument avec lequel il retire avec la plus grande facilité la canule placée pour l'opération de la fistule lacrymale dans le canal nasal, quand cette canule s'est déplacée ou détermine par sa présence des accidens. Enfin M. Ricord présente une pince érigne dont il se sert pour la rescision des amygdales, et qui, étant moins volumineuse que la pince de Museux, est par cela seul plus commode.

Hernie étranglée. *Observ. de M. Velpeau.* — Une femme portait depuis vingt-quatre ans, un peu au-dessus de l'ombilic, une tumeur dure, trilobée: surviennent des symptômes de l'étranglement de l'intestin qui nécessitent l'opération. Après avoir incisé les tégumens, M. Velpeau ne découvre pas de sac herniaire; il dissèque les trois lobes de la tumeur dans toute leur circonférence, arrive à un pédicule de la grosseur du pouce, enlève couche par couche chacun des trois lobes sans trouver autre chose qu'un tissu graisseux très-résistant, fait la section du pédicule, et alors seulement trouve une très-petite anse intestinale étranglée: il débride en quatre sens pour tirer en dehors une plus grande portion d'intestin; et quoique celui-ci présente des signes de gangrène, il en opère la réduction. Les accidens ont cessé, la femme va bien; il s'est établi au-dessus de l'ombilic un anus contre-nature qui, selon M. Velpeau, sera plus facile à guérir que s'il avait été le produit de l'art.

Communication inter-auriculaire. *Obs. communiquée par le docteur Martin Solon.* — Un homme adulte, souffrant depuis long-temps, est reçu à l'hôpital Beaujon; grande pesanteur de tête, teinte de cyanose autour de la bouche et au bas des yeux; pouls fort, dur et régulier;

à l'auscultation, rien qu'une impulsion assez forte; rien d'insolite dans la température. Après la mort, l'ouverture du cadavre fait voir, 1.° un calibre beaucoup plus considérable de l'artère pulmonaire; 2.° une ouverture de communication entre les deux oreillettes du cœur, telle que l'extrémité du doigt pouvait y être introduite; 3.° autour de cette ouverture principale, plusieurs autres petites. — M. Rochoux remarque que les cas de ce genre ne sont pas très-rares, et que s'ils permettent la continuation de la vie, même sans de grandes souffrances, cela tient à ce que probablement les deux sangs ne se mêlent pas. — M. Martin Solon croit qu'il était fort difficile que ce mélange n'eût pas lieu dans le cas qu'il met sous les yeux de l'Académie.

Sujets de prix. — M. Cornac, au nom d'une commission chargée de proposer des sujets de prix pour la prochaine séance publique de l'Académie, expose qu'aucun mémoire n'a été envoyé sur la question présentée en 1831, et qu'à raison de cette circonstance la commission a pensé qu'il fallait laisser les auteurs libres, et se borner à annoncer un prix de 1000 fr. à l'auteur du meilleur mémoire manuscrit sur un sujet quelconque appartenant aux sciences médicales. MM. Roux, Delens, Adelon combattent comme contraire au réglement et aux devoirs de l'Académie cette proposition de la commission, et celle-ci est chargée de présenter des questions spéciales dans la séance prochaine. M. Cornac, dans un second rapport, rappelle que M. Portal a légué à l'Académie une somme de 12,000 fr. pour décerner chaque année un prix de 600 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur un *sujet médical éclairé par des données physiologiques et pathologiques*. Il propose pour sujet de prix à décerner en 1834, la question suivante : *Quelle a été l'influence de l'anatomie pathologique sur les progrès de la médecine depuis Morgagni jusqu'à nos jours*. Cette question est adoptée. Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Académie, avant le 1.er mars 1834.

Aliment nouveau appelé sultana bahmia. — Le sieur Bourlet demande à être autorisé à faire entrer dans le commerce ce nouvel aliment. Le ministre des travaux publics et du commerce a consulté l'Académie, et celle-ci a chargé MM. Loiseleur-Deslonchamps et Delens de lui faire un rapport sur ce nouvel aliment. Il n'est autre que la capsule, encore jeune, d'une plante de la famille des malvacées, connue vulgairement sous le nom de *gombo*, et désignée par Linnée sous celui d'*hibiscus esculentus*, parce qu'elle est employée comme aliment dans plusieurs contrées de l'Asie et de l'Amérique. Les commissaires de l'Académie en ont préparé d'après le mode indiqué par le sieur Bourlet, et n'ont obtenu qu'un mets d'une saveur douceâtre, fade, peu agréable. Ils ne pensent pas que ce mets puisse soutenir la comparaison avec aucune des plantes potagères de notre pays. Cepen-

dant comme il est certain que le gombo est employé comme aliment en plusieurs pays, ils proposent d'autoriser le droit de vente sollicité par M. Bourlet. Adopté.

Séance du 18 juin. — M. Oudet, que le sort a dans la dernière séance désigné juge du concours prochain de pathologie externe, écrit que sa santé ne lui permet pas de remplir cette fonction. On procède aussitôt à son remplacement, et le sort désigne M. le docteur Lagneau.

Prix de l'Académie. — M. Cornac, au nom d'une commission, propose pour sujet d'un prix à décerner en 1834, trois questions parmi lesquelles, après discussion, l'Académie fait choix de la suivante : *Que doit-on entendre par le mot phthisie laryngée? Quelles sont les altérations organiques qui constituent cette maladie? Quelles en sont les causes, les espèces? Quel est le traitement à opposer à cette affection?* — La commission reçoit mission de proposer, dans la séance prochaine, d'autres questions pour sujets de prix à décerner en 1835.

Observation d'une grossesse extra-utérine, selon les uns, **d'une monstruosité par inclusion**, selon d'autres. *Mémoire de M. le docteur Philip, de Sarlat, département de la Dordogne; rapport de MM. Villeneuve et Evrat.* — A l'âge de 25 ans une demoiselle éprouve des symptômes d'obstruction au foie; malgré les moyens de l'art, le mal fait des progrès, et au bout de six ans il y a grand développement des organes affectés. L'an suivant, les menstrues se suppriment, le ventre est distendu, présente une fluctuation manifeste, et par une ponction on en retire cinquante livres d'une sérosité limpide, citrine, inodore. La palpation du ventre, après l'écoulement du liquide, ne fait rien découvrir de particulier. Au bout de vingt-deux mois, nouvelle ponction, issue de cinquante à cinquante-cinq livres d'un liquide purulent, entraînant avec lui la sortie d'un flocon de cheveux. On soupçonne alors une grossesse extra-utérine. Après six mois, troisième ponction, même quantité et même qualité du fluide évacué; un cheveu long de six pouces sort par la canule. La malade nie avoir jamais eu commerce sexuel, et meurt deux mois après cette troisième ponction. — *Autopsie.* Dans l'abdomen, immense kyste remplissant presque cette cavité, sans communication avec les viscères; à la partie supérieure de ce kyste, deux paquets de cheveux réunis en boule, recouverts d'une substance graisseuse, et ayant la forme et le volume d'un œuf de poule; à l'un de ces paquets une portion de peau, un fragment d'os long de huit lignes, une dent molaire telle que celle d'un enfant de cinq ans, et deux autres dents. La partie antérieure de la matrice est détruite jusqu'à son col qui n'a rien de remarquable, et peut à peine être pénétré par le plus petit stylet. Tout le reste de l'appareil génital est détruit ou confondu avec le kyste. L'extrémité vulvaire du vagin présente, dit M. Philip, auteur de l'observation, l'anneau virginal dans toute son intégrité, et on peut à peine

y introduire l'extrémité du doigt indicateur. M. Philip présente ce fait comme un cas de grossesse extra-utérine. Les commissaires de l'Académie remarquent d'abord que M. Philip n'a soupçonné une grossesse pendant la vie de la malade, qu'à cause de la sortie d'une touffe de cheveux lors de la première ponction ; et cependant rien de plus fréquent que de rencontrer des productions pileuses, de véritables cheveux dans les kystes, même dans ceux formés aux dépens des ovaires, et contenant de la sérosité. En second lieu, ils ne voient dans le fait de M. Philip, qu'un cas de monstruosité par inclusion, analogue à ceux du même genre, rapportés par Baillie, Bry (d'Angers), Ruysch et Dupuytren. — M. Capuron ajoute qu'un des moyens de distinguer les grossesses extra-utérines des monstruosités par inclusion, c'est que le placenta existe dans le premier cas et manque dans le second.

Brise-pierre a pression et a percussion. — M. Ségalas présente un instrument destiné à briser la pierre dans la vessie, chez les personnes dont l'urètre se refuse à l'introduction des instrumens droits, et qui, selon lui, offre quelques avantages sur les brise-pierres de MM. Jacobson et Heurteloup, perfectionnés par MM. Clot-Bey et Charrière. Ses avantages sont, 1.° que le pas de la vis qui imprime le mouvement de pression se fait autour de la tige qui doit être mise en mouvement, et non comme dans les précédens instrumens, par une action excentrique ; 2.° que les deux actions de pression et de percussion se succèdent dans l'opération de la lithotritie sans aucune préparation intermédiaire.

Académie royale des Sciences.

Séance du 10 juin. — Lithotritie. — M. Double fait, en son nom et en celui de MM. Larrey et Boyer, un rapport sur un mémoire de M. Civiale, ayant pour titre : *Deuxième compte rendu du traitement des calculeux à l'hôpital Necker.* — Les nouvelles observations de M. Civiale portent sur 93 malades, dont 43 ont été traités par la lithotritie ; 27 ont été complètement guéris ; 10, après avoir subi diverses tentatives d'opération sont morts, et 6 sont restés calculeux. De 8 autres malades soumis à la taille, 5 ont succombé, et 3 ont guéri. Tous les autres étaient des individus chez lesquels diverses affections de la vessie simulaient une affection calculeuse, sans qu'aucun d'eux eût réellement la pierre. — Sur le nombre total des malades, on trouve 2 femmes seulement ; toutes deux, opérées par la lithotritie, ont guéri en peu de jours. — 2 enfans, l'un de 9 ans, l'autre de 12, ont été traités aussi avec succès par la lithotritie ; mais le chirurgien a senti

la nécessité de modifier, quand il agit sur de jeunes sujets, son procédé opératoire. L'enfance offre d'ailleurs, dans bien des cas, une contre-indication à la lithotritie; M. Civiale le reconnaît, et il signale en outre les diverses circonstances qui, chez les adultes et les vieillards, doivent porter à recourir de préférence à la taille, ou même faire renoncer à toute opération. Toutefois l'auteur du mémoire pense qu'on a été souvent trop loin en représentant comme empêchement absolu certaines circonstances qui augmentent bien à la vérité les chances fatales de l'opération ou la difficulté de son exécution, mais ne sont pas toujours un motif suffisant pour qu'on s'abstienne d'essayer la lithotritie.

Le rapporteur presente ensuite un tableau des avantages que semble offrir la lithotritie comparée à la taille, surtout quand on pratique cette opération avant que le calcul soit devenu très-volumineux, et il exprime le vœu que, se dirigeant vers la partie clinique, on arrive à formuler d'une manière nette et précise les indications relatives de la lithotritie et de la taille; qu'enfin la lithotritie rentre dans le domaine commun de la chirurgie pratique. Le rapport est terminé par une discussion relative à la priorité d'invention entre les différens lithotriteurs. M. Civiale, comme ayant régularisé, achevé la découverte de la lithotritie, comme l'ayant mise en toute valeur et en pleine pratique, lui paraît devoir en être déclaré le véritable auteur.

Séance du 17 juin. — Luxation de l'humérus. — M. Sédillot, chirurgien au Val-de-Grâce, lit un mémoire sur une luxation de l'épaule en arrière, ou dans la fosse épineuse, réduite au bout d'un an et quinze jours. Ce genre de luxation est tellement rare, que Desault n'en a jamais rencontré un seul exemple dans sa longue et immense pratique. M. Boyer n'en cite qu'un dans son grand ouvrage de chirurgie, et Cowper, qui en indique cinq cas dans son *Traité des luxations*, l'ouvrage le plus complet qui existe sur ce sujet, en a à peine entrevu deux. Le cas de luxation observé par M. Sédillot, et suivi d'une guérison complète après que plus d'une année s'était écoulée depuis l'accident, est intéressant, non-seulement à cause de cette dernière circonstance, mais encore parce qu'il tend à prouver que la chirurgie moderne, en proscrivant les machines pour la réduction des luxations, a été trop exclusive. M. Sédillot décrit avec beaucoup de détails les tentatives qui avaient été faites en suivant les procédés ordinaires, et l'appareil auquel il a eu enfin recours avec un succès complet. Nous reviendrons sur ce sujet lors du rapport qui sera fait sur le mémoire de M. Sédillot.

Acide lactique. — M. Gay-Lussac communique en son nom et en celui de M. Pelouze, les résultats de leurs recherches communes sur lequel les chimistes étaient peu d'accord; il résulte de leur travail

que l'acide lactique peut être obtenu à un état de pureté dans lequel il se montre toujours identique; que, soit qu'il contienne deux atômes d'eau, comme lorsqu'il est liquide, soit qu'il n'en contienne pas, comme lorsqu'il est préparé par sublimation, il donne des sels toujours identiques les uns aux autres et parfaitement définis, et dont quelques-uns affectent des formes de cristallisation parfaitement déterminées; de sorte que tous ces caractères ne permettent pas de douter de son existence comme *acide unique* et *défini*.

VARIÉTÉS.

Lettre de M. Paul Dubois, *relativement à un projet de Mémoire sur les présentations du fœtus.*

Je me proposais de lire à l'Académie royale de médecine, dans une de ses prochaines séances, un mémoire sur les présentations et les positions du fœtus, considérées dans leur rapport avec l'accouchement; des circonstances indépendantes de ma volonté, m'obligeant de différer de quelques semaines la lecture de ce travail, je crois devoir, dès ce moment, en faire connaître les principales idées.

Depuis plusieurs années on s'est occupé de restreindre le nombre des présentations et des positions du fœtus que Solayrès et Baudelocque avaient beaucoup trop multipliées. Les modifications à cet égard, préparées depuis longtemps par l'enseignement de mon père, positivement proposées ensuite par Mme Lachapelle, et admises plus tard par les accoucheurs qui suivent les progrès de la science, n'ont cependant pas été universellement encore adoptées; aussi j'ai cru qu'il ne serait pas inutile de démontrer encore les avantages de cette réduction et de les confirmer par les faits nombreux observés depuis dix ans à l'hospice de la Maternité, c'est-à-dire, par les résultats de trente mille accouchemens à-peu-près. C'était une dette que mes prédécesseurs dans cet établissement m'avaient en quelque sorte léguée, et dont j'ai cru nécessaire de m'acquitter; comme eux, je rattacherai à trois groupes principaux, savoir : 1.° à des présentations de l'extrémité céphalique; 2° à des présentations de l'extrémité pelvienne, et 3.° à des présentations du tronc, les présentations beaucoup plus nombreuses qui ont été admises jusqu'à ce jour.

Les réductions opérées dans les présentations du fœtus l'ont été de même, ou du moins ont été tentées pour ses positions; mais les modifications proposées à cet égard, ont été moins généralement adoptées;

d'ailleurs les changemens essayés par Mme Lachapelle et par d'autres accoucheurs, reposaient toujours sur une connaissance peu exacte du mécanisme de l'accouchement naturel.

La réduction et la classification que je propose, et qui consistent à n'admettre pour chaque présentation que deux positions que j'appellerai latérales, par rapport au bassin, peuvent être considérées comme la partie la plus neuve et peut-être la plus importante de mon travail ; elle aura pour but de modifier les idées très-généralement répandues sur la fréquence relative des diverses positions du fœtus, et en particulier sur celle des positions de la tête, et de changer aussi très-notablement les opinions professées sur le mécanisme de l'accouchement naturel, soit dans les présentations de l'extrémité céphalique, soit même dans celles de l'extrémité pelvienne.

Comme il est de mon devoir d'être juste envers ceux qui m'ont précédé dans ces recherches, je ne saurais me dispenser de dire que sur beaucoup de points mes opinions se trouveront d'accord avec celles de M. le professeur Naegele de Heidelberg, dont les travaux sur cette partie de la science obstétricale sont loin d'avoir été accueillis en France avec la faveur qu'ils méritaient.

Dans une dernière partie de mon travail, je serai naturellement conduit à examiner l'influence que ces modifications apportées dans l'enseignement doivent exercer sur la pratique de l'art.

J'ai pensé, Monsieur, que vous voudriez bien donner à cette note la publicité que je réclame, en l'insérant dans votre prochain Numéro.

Paul Dubois.

Réclamation.

A MM. les Rédacteurs des Archives générales de Médecine.

Paris, le 15 juin 1833.

Messieurs,

Ayant été nommé et personnellement attaqué dans la dernière livraison de votre Journal (cahier de mai 1833, pages 140 et 141), je vous prie, et au besoin je vous requiers, d'insérer dans la livraison suivante une réponse fort courte et fort simple, la seule au reste qu'il me convienne de faire à un article anonyme. La voici.

Parmi vos abonnés il en est sans doute qui ont lu mon *Coup-d'œil historique et critique sur le concours* : à ceux-là je n'ai rien à dire ; ils peuvent savoir en quoi s'en tenir sur la vérité de vos allégations. Quant à ceux de vos abonnés ou de vos lecteurs qui ne connaîtraient mon écrit que par ce qui en a été dit dans les *Archives*, qu'ils veuil-

lent bien s'adresser, soit directement, soit par lettre affranchie, à M. Deville-Cavellin, libraire-éditeur de la *Revue médicale*, rue de l'Ecole de Médecine, N.° 10; ils recevront *gratis* un exemplaire du *Coup-d'œil historique*, dans lequel ils pourront chercher à loisir le *Revenant*, la *Sainte-Alliance*, le *légitimisme médical*, les *injures grossières*, etc., toutes choses que votre anonyme y a vues, et dont je n'ai pas connaissance. CAYOL.

Nous ne ferons pas un long commentaire sur cette réclamation, qui a le mérite de la brièveté, si elle n'a pas, comme le prétend l'auteur, celui de la simplicité et de la candeur. Nous nous joignons à M. Cayol pour engager ceux qui voudraient juger en pleine connaissance l'excellente comédie jouée par cet artiste distingué, à suivre le conseil qui leur est donné de se faire adresser le *Coup-d'œil historique*, d'autant plus que cela ne leur coûtera rien. Toutefois nous devons à la vérité de reconnaître la justesse d'un reproche que nous adresse l'auteur de la réclamation. Nous avons commis une grave erreur: parmi les journaux dont M. Cayol rapporte les opinions au sujet du concours actuel, contre lequel ce médecin déclame beaucoup depuis que les chances n'en ont pas été en sa faveur, nous avons omis de signaler la *Gazette de France*, qui figure et méritait bien de figurer en première ligne dans l'écrit de M. Cayol, comme autorité, pour repousser l'injustice et l'arbitraire; et nous avons cité le *Revenant*, au lieu du *Rénovateur*, dont M. Cayol invoque l'appui, aussi bien que du *Courrier français*, etc., etc. Comme nous ne croyons pas plus au revenant du parti aristocratique et catholique, qu'à la rénovation sociale dont ce parti promet d'être l'instrument, nous avions confondu et pris l'un de ces journaux pour l'autre. Nous reconnaissons notre faute, la seule, du reste, dont nous nous avouons coupable. Ainsi dans notre article, il faudra lire *Rénovateur* en place de *Revenant;* car, comme l'insinue avec infiniment de justesse l'auteur de la Réclamation, les lecteurs du *Coup-d'œil historique* pourraient perdre leur loisir à chercher le *Revenant*..... Quant à la *Sainte-Alliance*, au *légitimisme médical*, ils verront, s'ils se donnent l'ennui de lire ou de relire les divers *mémoires*, *factums* de M. Cayol, à propos du concours, et nos articles, pour la même occasion, ils verront, disons-nous, pourquoi cela se trouve dans le dernier de ces articles, le seul qu'incrimine ici M. Cayol.

LE RÉDACTEUR.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire de Médecine, ou Répertoire général des Sciences médicales, considérées sous le rapport théorique et pratique; par MM. Adelon, Béclard, Bérard, Biett, Blache, Breschet, Calmeil, Cazenave, Chomel, H. Cloquet, J. Cloquet, Coutanceau, Dalmas, Dance, Désormeaux, Dézeimeris, P. Dubois, Ferrus, Georget, Gerdy, Guersent, Itard, Lagneau, Landré-Beauvais, Marc, Marjolin, Murat, Ollivier, Orfila, Oudet, Pelletier, Raige-Delorme, Reynaud, Richard, Rocnoux, Rostan, Roux, Rullier, Soubeiran, Trousseau, Velpeau, Villermé. *2.e édition, entièrement refondue et considérablement augmentée. Tomes* III *et* IV. *Paris*, 1833. *Chez Béchet jeune.*

Cette entreprise importante est déjà assez avancée pour que nous puissions en juger d'une manière générale le caractère et le mérite; c'est ce que nous ferons dans le prochain numéro du Journal. En attendant, nous signalerons seulement aux lecteurs les articles intéressans que contiennent les deux volumes que nous annonçons ici, et dont la publication assez rapide est d'un heureux augure pour ceux qui restent à paraître. Dans le III.e volume, se trouvent l'article *anévrysmes*, traités en général, les *angines*, la pathologie complète de l'*aorte*, les maladies diverses et nombreuses de l'*anus*, la description des effets toxiques et thérapeutiques des composés d'*antimoine*, du nitrate *d'argent*; l'histoire de l'*animisme*, l'histoire des diverses espèces d'*apoplexie*. Nous signalerons dans le IV.e volume, l'histoire complète des maladies des *artères*, l'exposition des effets toxiques et thérapeutiques des composés d'*arsenic*, et la solution des questions médico-légales auxquelles ces poisons donnent lieu; les maladies des *articulations*; les luxations traumatiques et spontanées des articulations *atloïdo-axoïdienne et atloïdo-occipitale*; les maladies de l'*avant-bras* et les opérations pratiquées sur cette partie; les articles *ascite*, *asphyxie*, *asthme*, *auscultation*, *avortement*, *atmosphère*, *atrophie*, *attitudes*, *bains*, etc. Nous reviendrons en détail sur chacun de ces articles qui nous paraissent autant de monographies le plus souvent complètes.

Doctrine et traitement homœopathique des maladies chroniques; par S. Hahnemann. *Traduit de l'allemand par* A. J. L. Jourdan, *membre de l'Académie royale de Médecine. Paris, chez J. B. Baillière.* 1832. *In-8.° 2 vol. de* 568 *et* 681 *pp.*

J'avais pris cet ouvrage avec la ferme résolution de le lire, de l'analyser, et d'en donner aux lecteurs des *Archives* une idée aussi exacte que possible. Je croyais trouver encore ici, à côté des idées bizarres de l'auteur et de ses étranges principes, ces critiques ingénieuses, subtiles et quelquefois profondes, dont il poursuit, dans d'autres ouvrages, les théories de ses devanciers et de ses contemporains. Au lieu de cela je n'y trouve que les élucubrations d'un vieux fou, et je me ferais scrupule de me rendre l'écho des rêveries qu'il débite dans son délire. Qui pourrait d'ailleurs avoir la patience de le lire? Qu'on en juge par l'échantillon que je vais donner; il est tiré, mot pour mot, de la partie la plus raisonnable de l'ouvrage.

Jusqu'à l'époque où cet ouvrage fut fait, la médecine homœopathique, *fidèlement* suivie telle qu'elle avait été enseignée dans l'Évangile de Hahnemann, avait prouvé par tout, d'une manière *évidente et décisive*, sa supériorité naturelle sur les méthodes allopathiques, quelles qu'elles fussent, non-seulement dans les maladies aiguës, mais encore dans les affections *épidémiques* et les *fièvres* sporadiques.

L'homœopathie avait également procuré la guérison radicale des maladies vénériennes, d'une manière beaucoup plus sûre et plus exempte d'inconvéniens ou d'affections consécutives, en attaquant uniquement par l'intérieur, et au moyen du meilleur remède spécifique, le mal interne qui en est la source, sans troubler ni détruire les symptômes locaux dont il détermine l'apparition.

Mais le nombre des autres maladies chroniques, *répandues sur la surface du globe*, était infiniment plus grand, énorme même, et il l'est encore.

Leur traitement, tel qu'il a été dirigé jusqu'à ce jour par les médecins allopathistes, ne servait qu'à accroître les souffrances de ceux qui en étaient atteints; car, avec tous ces mélanges de substances violentes à hautes doses, avec ces bains sans cesse répétés, ces drogues destinées à provoquer la sueur ou la salive en abondance, ces moyens stupéfians, réputés anodins, avec tout cet attirail de lavemens, de frictions, de fomentations, de fumigations, de vésicatoires, d'exutoires, de cautères, mais principalement avec ces éternelles prescriptions de purgatifs, de sangsues, de saignées, et ces traitemens par la faim, ou autres tortures médicales, ordinairement mises en vogue par la mode du jour, tantôt le mal devenait plus grave et les forces vitales allaient sans cesse en baissant; tantôt, lorsque ces moyens détermi-

naient un changement manifeste, à l'affection dont le sujet avait été atteint jusqu'alors, se substituait un autre état morbide plus fâcheux : alternative qui ne cessait que lorsque la mort venait interrompre pour toujours les plaintes du patient.

Ce n'est point ainsi que procède l'homœopathie, *ce don précieux de de la divinité*. Même dans les autres espèces de maladies chroniques, les adeptes de la médecine homœopathique avaient fait, en suivant les préceptes consignés dans les ouvrages du maître, beaucoup plus qu'on n'obtient par tous les prétendus traitemens des allopathistes. Les homœopathistes étaient donc satisfaits ; toutefois leurs méthodes elles-mêmes, toutes *divines* qu'elles sont, ne faisaient que pallier le mal sans parvenir à le guérir. Le début des traitemens homœopathiques les mieux entendus inspirait de la confiance, leur prolongation produisait des effets de moins en moins favorables, et leur terminaison détruisait tout espoir.

Cependant la doctrine elle-même était et sera éternellement appuyée sur l'immuable base de la vérité. Elle a prouvé au monde, par des faits, qu'on peut avoir foi à son excellence ; je dirais presque à son infaillibilité. D'où venait donc ce résultat moins favorable, ce résultat défavorable qu'avait même l'homœopathie dans le cours du traitement des maladies chroniques non-vénériennes ? Ce problème tourmentait Hahnemann ; il s'en est occupé *jour et nuit depuis* 1816 *et* 1817. Si Hahnemann y perdit son sommeil, *l'humanité* y a gagné une bien grande, bien prodigieuse découverte, savoir : que toutes les affections chroniques, toutes sans exception, sont des transformations diverses, ou des rejetons de la syphilis, de la maladie des fies (ou sycose) et de la gale. Mais la syphilis produit peu des maladies, la sycose encore moins, c'est donc la gale qui est l'ennemi le plus redoutable et le plus acharné du genre humain. Presque tout le monde a la gale, ou l'a eue, ou finira par l'avoir. On l'a, mais on l'ignore, ou on le cache ; on l'a eue, mais on le tait ou on l'a oublié ; on l'a eue dans son enfance; on l'a eue étant au berceau, peut-être même dans le sein de sa mère. Et telle est l'origine non-seulement des maladies chroniques légères, mais encore de celles qui offrent plus de gravité et même des plus graves. C'est delà que viennent, non-seulement la plupart des innombrables maladies de peau qui ont été distinguées et dénommées d'une manière *si minutieuse* par Willan, mais encore presque toutes les pseudo-organisations, depuis les verrues aux doigts jusqu'aux gonflemens des os, aux déviations de la colonne vertébrale et à plusieurs autres ramollissemens ou distorsions des os, dans l'enfance ou dans l'âge avancé, les saignemens de nez fréquens, les congestions de sang dans les veines du rectum, les flux sanguins par l'anus, l'hémoptysie, l'hématémèse et l'hématurie, l'aménorrhée et la métrorrhagie, les sueurs nocturnes habituelles et l'aridité de la peau *devenue sèche*

comme un parchemin, les diarrhées habituelles, la constipation opiniâtre, les douleurs chroniques errant çà et là dans le corps, et les convulsions reparaissant pendant plusieurs années de suite. En un mot, des milliers d'affections chroniques du corps *et de l'ame* auxquelles la pathologie assigne des noms différens, ne sont que des rejetons de la *gale polymorphe*.

Après avoir démontré que toutes les maladies chroniques se réduisent à une seule, Hahneman, qui, dans sa préface, annonce *au monde la révélation d'une grande découverte*, en révèle réellement, non pas une, mais vingt-deux, car il ne fait pas connaître moins de vingt-deux remèdes souverainement efficaces contre l'affection dont il a si bien dévoilé la nature. Et quels remèdes encore! des remèdes qui, comme le carbonate d'ammoniaque, placé le premier sur la liste, étant donnés une seule fois, à la dose d'environ la centième partie d'un sextillionnième de grain, agissent avec tant de vigueur que, dix-neuf jours après leur administration, ils déterminent encore des phénomènes dont Hahnemann trace ainsi le tableau :

La nuit, un accès; grande anxiété, comme s'il allait mourir; avec sueur froide; battemens de cœur sensibles à l'oreille, et larmoiement involontaire; il ne peut pas remuer les yeux, et se trouve dans l'impossibilité de parler, tandis que la respiration se fait avec difficulté et avec bruit, et que les mains tremblent.

Hahnemann considérerait comme une grave imprudence, qui exposerait le malade à une secousse fort dangereuse, de donner une seconde goutte avant que la première eût épuisé son action; c'est-à-dire avant quarante ou cinquante jours. Il recommande ce précepte à toute l'attention de ses disciples. O PRODIGIEUSE MYSTIFICATION!!!!!!

Embryologie ou ovologie humaine, contenant l'histoire descriptive et iconographique de l'œuf humain; par ALF. A. L. M. VELPEAU, *chirurgien de l'hôpital de la Pitié, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, etc.; accompagnée de quinze planches dessinées et lithographiées par A. Chazal. Paris;* 1833. *Petit in-fol.* de xxviij-108 *pp. Chez Baillière.*

De toutes les parties de l'histoire naturelle de l'homme et des animaux il n'en est aucune qui ait été l'objet de recherches plus nombreuses que celle qui traite de la génération. Les divers points de cette question intéressante ont été successivement étudiés par les savans de tous les temps. C'est ainsi que la plupart des naturalistes, des anatomistes et des physiologistes, qui se sont succédés depuis Aristote jusqu'à Haller, et depuis W. Hunter jusqu'à notre époque, se sont livrés à des observations répétées sur le développement et la composition de l'œuf des vertébrés. Cependant, quoique les noms les plus

célèbres dans la science se rattachent à la majorité des travaux publiés sur l'embryologie, il n'en subsiste pas moins encore beaucoup d'obscurité et de contradictions dans l'exposition des faits sur lesquels repose cette histoire importante. Frappé de ce désaccord des auteurs les plus recommandables, M. Velpeau a voulu en découvrir l'origine, et il a répété lui-même les observations de ses devanciers. Les recherches que cet anatomiste a faites avec persévérance et avec le plus grand soin sur un nombre considérable de produits abortifs, n'ont pas tardé à lui dévoiler les principales causes de ces dissidences d'opinion. Mais en même temps, ce travail l'a conduit à rectifier des erreurs assez nombreuses, et à résoudre des questions jusqu'alors controversées.

Indépendamment des difficultés inhérentes au sujet lui-même, il y a dans son étude des obstacles de plus d'un genre qu'un examen répété de beaucoup de produits abortifs pouvait seul faire reconnaître. Relativement aux premières, je me bornerai à signaler l'impossibilité où l'on est presque toujours d'assigner l'époque précise de la fécondation de l'ovule, impossibilité d'où résulte conséquemment une grande incertitude dans l'appréciation des différences que présente l'embryon à telle ou telle période de sa formation. Cette détermination ne peut être facilitée par l'emploi du microscope, car si cet instrument rend plus distincts des objets d'une ténuité extrême, il n'est que d'un faible secours quand les formes elles-mêmes de ces objets ne sont pas arrêtées, lorsqu'elles sont naturellement confuses. Quant aux obstacles qui ont rendu le plus souvent les observations inexactes, M. Velpeau a reconnu, par une étude comparative de l'œuf des différens vertébrés, que, dans la plupart des cas, on a pris pour bases de descriptions générales un petit nombre de produits abortifs évidemment altérés, et de la sorte, on a indiqué comme normal un état qui était pathologique. A cette source d'erreurs inévitables, il faut en ajouter une autre qui a fourni les élémens d'après lesquels la majeure partie des auteurs ont écrit sur l'embryologie humaine, et qui a fait confondre des parties tout-à-fait distinctes par leur structure et leurs fonctions : je veux dire que l'anatomie et la physiologie comparées ont été exclusivement consultées pour résoudre toutes les questions relatives à l'évolution organique chez l'homme, malgré les différences extrêmes qui existent, par rapport à ce dernier, dans la composition de l'œuf de beaucoup de vertébrés. Convaincu par l'évidence des faits, de l'inexactitude des applications auxquelles on est conduit en suivant cette marche, M. Velpeau a procédé dans un ordre inverse, c'est-à-dire, en descendant de l'homme aux autres animaux. En étudiant ainsi les diverses parties de l'œuf aux époques les plus rapprochées de sa formation, il est arrivé, sur plusieurs points, à des conséquences tout opposées à celles qui sont admises généralement aujourd'hui.

Dans un article de ce genre, il n'est pas possible d'indiquer avec

détail les faits intéressans rapportés par M. Velpeau ; qu'il nous suffise de dire que ce travail remarquable est la première partie d'un traité complet d'embryologie ; que l'auteur y décrit seulement ce qui est relatif aux annexes de l'embryon, et à l'embryon considéré dans son ensemble. La seconde partie de ses recherches comprendra l'organogénésie. En traitant ces divers sujets, M. Velpeau retrace d'abord, avec les développemens convenables, l'état de la science sur chacun d'eux ; cet historique est suivi de l'exposition de nombreuses observations qui lui sont propres, et dont il compare les résultats à ceux qui ont été signalés par les auteurs qui l'ont précédé, afin d'en confirmer ou d'en infirmer la justesse. Dans cet examen, M. Velpeau fait preuve d'une érudition approfondie, et d'une grande habileté comme anatomiste. L'embryologie lui devra la découverte et la démonstration de plusieurs points importans. Ses recherches sur la membrane caduque, sur le chorion, sur la vésicule ombilicale, sur les vaisseaux omphalo-mésentériques, sur l'allantoïde, ou mieux sur le corps réticulé qui lui correspond dans l'espèce humaine, sur le cordon ombilical et le placenta, etc., sont du plus haut intérêt.

S'il fallait démontrer l'utilité des planches dessinées ou gravées dans l'étude de l'anatomie, il suffirait de citer les particularités de structure de l'œuf humain. En effet, ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'un anatomiste exercé peut analyser, à l'aide de l'aiguille et du scalpel, les diverses parties de l'embryon, et découvrir leurs rapports mutuels. On conçoit dès-lors combien il importe, dans un ouvrage du genre de celui-ci, que des figures exactes facilitent l'intelligence du texte, en plaçant en quelque sorte les objets sous les yeux du lecteur. Aussi M. Velpeau a-t-il apporté le plus grand soin à l'exécution de cette partie indispensable de tout travail sur l'embryologie. L'atlas, qui est composé de quinze planches, renferme un très-grand nombre de dessins où les moindres détails sont reproduits avec la plus grande précision et une netteté parfaite : ces planches devront être consultées à l'avenir par tous ceux qui voudront acquérir des connaissances positives sur l'organisation et le mode de développement de l'embryon humain. Je terminerai en disant que l'ouvrage de M. Velpeau est, sans contredit, le plus complet et l'un des plus remarquables parmi ceux qui ont été publiés jusqu'ici sur l'œuf humain ; il place cet auteur au rang des anatomistes les plus distingués de notre époque. Ollivier, d'Angers.

A demonstration of the nerves of the human body ; by Joseph Swan. *Démonstration des nerfs du corps humain ; grand in-folio en quatre parties, dont trois ont déjà paru.* Londres et Paris. *Chez Baillière.*

L'ouvrage de M. Swan fut exécuté en 1825 et 1828, pour répondre à l'appel du Collège royal des chirurgiens de Londres, qui avaient mis au concours les deux questions suivantes : 1.° « Donner une dissection

minutieuse des nerfs rachidiens, suivis de leur origine jusqu'à leur terminaison, et jusqu'à leur union avec les nerfs soit viscéraux, soit cérébraux, en y joignant les préparations des pièces disséquées. » « 2.° Suivre les nerfs cérébraux, de leur origine à leur terminaison, et à leur union avec les nerfs de la moelle épinière et des viscères, accompagner le tout de préparations des parties disséquées. » Les deux prix lui ayant été adjugés, l'auteur a dû compléter son travail en faisant, pour le grand sympathique ou les nerfs des viscères thoraciques et abdominaux, ce qu'il avait fait pour les nerfs encéphalo-rachidiens, et c'est ce travail qu'il livre maintenant au public.

Une première livraison représente tout ce qui concerne le grand sympathique au cou et dans la poitrine. La seconde comprend toute la portion abdominale et pelvienne du même système. Dans la troisième il ne s'agit que des nerfs cérébraux. L'examen des nerfs rachidiens remplit la quatrième. Les seize planches contenues dans les trois parties que j'ai sous les yeux, ne sont accompagnées que de vingt et quelques pages de texte; et, en effet, avec de pareils dessins toute description devient inutile : il suffit de nommer les objets pour que l'œil le moins exercé en saisisse à l'instant même les moindres détails. Il faut le dire tout d'abord, l'ouvrage de M. Swan ne peut être comparé à aucun autre dans la littérature anatomique; on n'a rien vu jusqu'ici d'aussi parfait. Les planches de Scarpa sur les anévrysmes, sur les nerfs du cœur, sur les hernies, celles de M. Tiedemann sur les artères, celles de M. Buyalski, n'en approchent pas. On ne sait ce qu'il faut admirer le plus, ou de la main qui a disséqué et préparé avec tant de netteté des organes si délicats, sans nuire à leurs rapports, ou de celle qui a su les représenter avec un fini si frappant de vérité. Pour moi, je l'avoue, je ne crois pas qu'il soit possible de rien faire de mieux.

Outre la perfection et le luxe d'exécution du traité de M. Swan, il faut remarquer que c'est le seul qui soit complet sur le système nerveux, et que toutes les pièces naturelles sont conservées à Londres. Partout on y voit, à côté des nerfs, les artères, les muscles et autres organes dont il importe de ne point oublier les connexions. C'est ainsi que la planche première montre à-la fois, et sans la moindre confusion, toutes les anastomoses du grand sympathique avec le ganglion spheno-palatin, le plexus du trifacial, la 6.ᵉ paire, le glosso-pharyngien, le pneumo-gastrique, les branches des nerfs mastoïdiens du cou, les plexus et les ganglions caverneux, carotidiens, cervicaux, pulmonaires, cardiaques, en même temps que le tronc ou l'origine, et les plus petites ramifications des nerfs de la 5.ᵉ, de la 8.ᵉ et de la 9.ᵉ paires, de toutes les paires cervicales antérieures et des diaphragmatiques, de manière à ne rien cacher du cœur et des poumons, de la crosse aortique, des veines et des artères pulmonaires, des bronches et de la trachée, du tronc innominé, de la sous-clavière, des carotides et de leurs subdivisions, des muscles droits de l'œil, digas-

trique, buccinateur, scalène, omoplat-hyoïdien, sterno-thyroïdien et constricteur du pharynx, de la glande sous-maxillaire et de la face, de l'os hyoïde et de la colonne vertébrale, etc. J'ai souvent disséqué ces parties, soit pour les démontrer aux élèves, soit pour les étudier, et je déclare les avoir le plus souvent rencontrées telles que M. Swan les représente. Seulement il me semble que le pneumo-gastrique et le diaphragmatique sont ici beaucoup trop gros. Le grand hypoglosse et la huitième paire sont en outre disposées de telle sorte, qu'ils ne paraissent former qu'un seul cordon, ce qui ne peut exister que par anomalie. Je crois que le volume des nerfs du cœur est également un peu forcé. Quant à la distribution et au nombre, c'est ce qu'on peut imaginer de plus complet et de plus beau.

Dans la pl. 2, on voit à gauche ce que la pl. 1.re montre à droite. La pl. 3.e met à nu toute la partie profonde du grand sympathique des régions cervicale et thoracique, en même temps que ses connexions avec la moelle, les bronches et le nerf de la 8.e paire du côté droit. La pl. 4 en fait autant pour le côté gauche.

La seconde livraison, entièrement consacrée aux nombreux embranchemens du système nerveux abdominal, pelvien et génital, ne promet pas moins que la précédente. Le ganglion semi-lunaire, tous les ganglions, tous les plexus, tous les filamens de divers viscères, s'y voient dans des rapports et avec des caractères si vrais, si naturels, qu'on les reconnaît à la plus simple vue. Rien n'a échappé au peintre ni au graveur, rien n'a été négligé par l'anatomiste. Nous y reviendrons en parlant de la troisième livraison et de celle qui doit encore paraître. VELPEAU.

Analyse de quelques ouvrages allemands sur l'anatomie de l'œil.

1.° D.r Fr. Arnold, *Anatomische und physiologische Untersuchungen über des Menschen.* — Fr. Arnold, *Recherches anatomiques et physiologiques sur l'œil humain. In-4.° avec 3 planches. Heidelberg et Leipzig*, 1832.

2.° *De membranâ pupillari aliisque oculi membranis pellucentibus. Commentatio anatomica*, auctore Fr. G. S. Henle, *M. D. Bonnæ*, 1832. *In-4.°*

3.° *Zeitschrift für die Ophthalmologie in verein mit vielen Aerzten herausgegeben von D.r* Fr. A. *von* Ammon. — *Journal d'ophthalmologie publié par le D.r* Fr. A. d'Ammon. *In-8.°, 1.er vol. Dresde*, 1831. 2.e *vol.* 1832. 1.er *cahier du* 3.e *vol.* 1833.

Depuis quelques années l'anatomie de l'œil occupe un grand nombre de médecins allemands, et a donné lieu chez nos voisins à de nombreuses publications, parmi lesquelles se distinguent celles de J. M. Weber, E. H. Weber, Schneider, Eble, Ammon, Treviranus, Baerens, Leiblein, Clemens, etc., etc. Les travaux de ces anatomistes, datant déjà de quelques années, sont suffisamment connus. Il

n'en est pas de même des ouvrages de MM. Arnold et Henle, et de quelques articles insérés dans le *Journal d'ophthalmologie* du professeur Ammon, qui sont ce qu'on a publié de plus récent en Allemagne sur l'anatomie de l'œil. Nous tâcherons, dans une analyse succincte, de faire connaître les points principaux de ces recherches.

L'ouvrage de M. Arnold est une anatomie complète de l'œil, dans laquelle l'auteur parle d'abord des différentes parties de l'œil, et donne ensuite l'histoire du développement de cet organe chez l'embryon et le fœtus. Quelques belles planches terminent le livre de M. Arnold, qu'on peut généralement recommander comme un travail très-consciencieux.

Le Mémoire de M. Henle n'embrasse pas un champ aussi vaste que l'ouvrage précédent; cet auteur a borné ses recherches à la membrane pupillaire et aux autres membranes transparentes de l'œil. Il a examiné spécialement les yeux du fœtus, et a tâché d'éclaircir quelques points obscurs de l'anatomie de l'œil au moyen d'injections fines. Quoique M. Henle se soit peut-être trompé en quelques points, ce qui arrive si facilement dans des dissections aussi délicates, ses recherches n'en méritent pas moins la plus grande attention.

Enfin le *Journal d'ophthalmologie* du professeur Ammon est un excellent recueil qui, outre de nombreux travaux sur la pathologie oculaire, contient sur, l'anatomie de l'œil, quelques articles qui seuls nous occuperont aujourd'hui. Ces articles sont dus dans le premier volume à MM. Ammon (page 1), Frænzel (10), Schlemm (113), Stark (495); dans le second, à MM. Eble (157) et Ammon (194); dans le premier cahier du troisième volume à MM. Huschke (1) et Arnold (37).

Nous n'analyserons pas chacun de ces ouvrages et de ces articles en particulier, cela nous entraînerait trop loin et nous obligerait à des répétitions fastidieuses; nous préférons parcourir les différentes parties de l'œil, et noter brièvement les opinions de ces auteurs sur les points encore controversés de l'anatomie de l'œil.

Jusqu'à présent il y avait encore des anatomistes qui niaient l'existence de la *conjonctive* sur la cornée; elle a été mise hors de doute par Henle qui a injecté les vaisseaux de la conjonctive et les a vus passer par dessus le bord de la cornée. — Cette partie de la conjonctive, qui est attachée à la cornée est considérée comme membrane séreuse par Arnold, et celle qui recouvre la sclérotique fait, suivant le même auteur, le passage des membranes muqueuses aux séreuses.

La *sclérotique* et la *cornée* se continuent l'une dans l'autre, du moins en partie, suivant Frænzel et Arnold. Le dernier n'a pas trouvé de nerfs dans la cornée, mais Schlemm y en a vus sur des yeux de bœufs et sur un œil de cerf; ces nerfs provenaient des nerfs ciliaires superficiels et s'enfonçaient dans le bord de la cornée, mais ne pouvaient être poursuivis plus loin.

Arnold et Frænzel s'accordent également à considérer la *choroïde* comme une membrane simple, et à soutenir que sa division en deux lames est artificielle.

Quant à *l'iris*, Arnold prétend que c'est une membrane simple, qui ne possède pas de fibres musculaires, mais est composée seulement de nerfs et de vaisseaux.

La rétine a donné lieu à une divergence d'opinion, par rapport à sa terminaison. Frænzel admet avec Zinn que cette membrane se termine à l'origine des procès ciliaires par un bord égal et bien déterminé. Henle a vu cette terminaison à une demi-ligne en deçà de la zone de de Zinn; tandis qu'Arnold soutient que la rétine tapisse les procès ciliaires et se termine comme eux au bord de la capsule crystalline. Enfin Huschke prétend que la rétine recouvre les procès ciliaires et va se terminer avec la choroïde, à l'origine de l'iris. — Le trou central de la rétine n'a été vu que rarement par ces différens anatomistes; mais le pli de la rétine a toujours été observé et considéré par Huschke et Stark comme la cicatrice de la fente qui, chez le fœtus, traverse toutes les tuniques de l'œil, mais persiste le plus long-temps dans la rétine. — Stark attribue la tache jaune à du pigmentum secrété par un vaisseau de la choroïde qui perce la rétine dans cet endroit pour aller au corps vitré.

Le ligament ciliaire est composé, suivant Eble, d'une substance gélatineuse contenue dans du tissu cellulaire, de vaisseaux et enfin de nerfs qui forment dans ce ligament ciliaire un véritable plexus, lequel envoie probablement des filets aux procès ciliaires. Ammon et Arnold soutiennent au contraire que ce ligament est principalement formé par du tissu cellulaire, et n'a pas la moindre analogie avec un ganglion ou plexus.

Quelques anatomistes prétendent que la *membrane de Demours* ou de *l'humeur aqueuse*, après avoir tapissé la chambre antérieure, se réfléchit sur la face antérieure de l'iris. Arnold n'est pas de leur avis; il croit que cette membrane forme un sac sans ouverture aussi long-temps que la membrane pupillaire existe, et que par conséquent elle ne recouvre point l'uvée. Henle combat ces deux opinions; il prétend que la membrane de Demours tapisse la face postérieure de la cornée, passe par dessus la jonction de celle-ci avec la sclérotique, et s'étend encore à quelque distance entre cette dernière membrane et le ligament ciliaire, sans jamais se réfléchir sur l'iris.

La capsule cristalline est composée, selon Arnold, de deux membranes, dont l'extérieure est celluleuse et riche en vaisseaux sanguins, tandis que l'intérieure, qui est séreuse, n'en a point, mais contient des vaisseaux lymphatiques. Les vaisseaux sanguins de la paroi postérieure de la capsule proviennent de l'artère centrale de la rétine; la paroi antérieure reçoit les siens du corps vitré et des procès ciliaires. Henle cependant n'a trouvé qu'une seule fois des vaisseaux injec-

tés dans la paroi antérieure de la capsule cristalline; c'était sur un fœtus de mouton; ces vaisseaux provenaient de la paroi postérieure de la capsule. Un auteur anonyme (*Ammon's Zeitschrift*, T. II, p. 430), annonce un fait singulier qui paraît mériter confirmation; cet auteur a vu, chez les fœtus de moutons et de porcs, les branches de *l'artère centrale* de la rétine se ramifier dans la paroi postérieure de la capsule cristalline, puis dans la paroi antérieure de cette capsule, et enfin s'anastomoser avec les rameaux *veineux* de la membrane pupillaire au bord de la pupille.

Suivant Arnold, le *cristallin* est composé de capsules dont les parois sont formées par des vaisseaux lymphatiques. Huschke, au contraire, qui a fait de nombreuses recherches microscopiques sur la texture du cristallin, soutient qu'elle est fibreuse. Il résulte de ces recherches, que chez le fœtus et l'enfant le cristallin est divisé en trois segmens par trois fissures; dans chacun de ces segmens les fibres forment un tourbillon (Wirbel); à mesure que l'individu avance en âge, les tourbillons se subdivisent, et de nouvelles fissures se forment, qui toutes se dirigent du centre vers la circonférence; chez les adultes on en trouve de dix à treize. Le nombre des fibres de la capsule superficielle du cristallin est de 3120 à 4000 chez un homme de cinquante ans.

La zone de Zinn n'est, suivant Arnold et Huschke, qu'une continuation de la membrane hyaloïde; ce qui se trouve en opposition avec l'opinion de Henle, qui soutient que la zone de Zinn ne peut être une continuation ni de la membrane de Jacobs, ni de la rétine, attendu que la zone de Zinn a des vaisseaux qui proviennent de la choroïde; que les deux premières des membranes citées n'ont pas de vaisseaux du tout, et que la rétine n'envoie pas les siens à la zone de Zinn; cette dernière assertion est cependant contestée par l'auteur anonyme cité plus haut.

Entre les différentes tuniques principales du globe de l'œil les anatomistes modernes ont trouvé des feuillets membraneux sur l'étendue et la nature desquels on n'est pas encore d'accord. On les considère le plus souvent comme séreux. Huschke admet une *membrane séreuse* entre la sclérotique et la choroïde, et croit qu'elle se continue avec la membrane de Demours; une autre séreuse ou *membrane de Jacobs*, entre la choroïde et la rétine; et une troisième, *lame vasculeuse de la rétine*, entre la rétine et l'hyaloïde. Arnold et Frænzel ont vu également la séreuse qui sépare la sclérotique de la choroïde; le premier l'appelle *arachnoïde de l'œil*; le dernier pense avec Huschke qu'elle se continue avec la membrane qui revêt la face postérieure de la cornée. La membrane de Jacobs n'est, suivant Arnold, qu'une couche mucilagineuse qui se forme après la mort. Henle doute de même de la nature séreuse de cette membrane, qu'il n'a jamais pu suivre jusqu'au corps ciliaire, et dans laquelle il n'a pu découvrir de vaisseaux. Frænzel et Ammon, au contraire, prétendent que cette membrane de Jacobs tapisse la

choroïde et les procès ciliaires, et va s'attacher à la capsule du cristallin. Cette terminaison se fait, suivant Ammon, par des filamens qui s'étendent des procès ciliaires à la face extérieure de la capsule cristalline et constituent ce que ce médecin a appelé *cercle capsulo-ciliaire*. *La membrane pupillaire* a surtout été examinée par Henle, qui en a fait le sujet principal de ses recherches. Cet auteur a vu la membrane pupillaire prendre naissance, ainsi que Rudolphi l'a d'abord dit, à la partie extérieure de l'iris et non au bord de la pupille; dans les yeux un peu grands, la distance de ce bord au point où la membrane prenait naissance, était d'un quart de ligne. Contrairement à l'avis de M. J. Cloquet, Henle n'a jamais vu la membrane pupillaire tendue; mais toujours convexe en avant ou en arrière. Il prétend en outre que l'anatomiste français et Blumenbach ont eu tort de nier l'existence du cercle artériel interne de l'iris chez le fœtus. Il a vu aussi des vaisseaux sanguins très-déliés au centre de la membrane pupillaire, lequel, suivant Cloquet, en est dépourvu complètement. Henle a injecté les vaisseaux de la membrane pupillaire par la veine jugulaire interne, et a réussi aussi bien que par les artères; mais jamais il n'est parvenu à injecter les veines quand les artères l'étaient déjà; la matière s'épanchait toujours entre la rétine et la choroïde.

Le même anatomiste croit avoir découvert, avec le professeur Müller de Bonn, une nouvelle membrane qu'il nomme *capsulo-pupillaire*, qui prend naissance à la même place que la membrane pupillaire sur la face extérieure de l'iris, se replie sur le bord de la pupille et va s'attacher à la capsule cristalline à l'endroit où finit la zone de Zinn. Henle prétend avoir observé cette membrane sur les fœtus de tous les animaux (moutons, veaux, cerf, chats), qu'il a disséqués, mais il ne l'a pas trouvée chez les fœtus humains, ceux qu'il a pu observer ayant séjourné trop long-temps dans l'alcohol.

La membrane capsulo-pupillaire reçoit ses vaisseaux de l'artère centrale de la rétine, et les transmet à la membrane pupillaire, qui ne paraît être qu'une continuation de la première membrane. Arnold et l'anonyme déjà cité nient l'existence de cette fausse membrane; ils attribuent l'erreur de Henle à la méthode qu'il suivait pour arriver à la découverte de la membrane capsulo-pupillaire, méthode qui consistait à ouvrir par la sclérotique la chambre postérieure, et à renverser l'iris avec la membrane pupillaire. Par ce procédé, il arrive facilement qu'une partie de la membrane cristalline ou de son feuillet extérieur seulement reste attachée à la membrane pupillaire à laquelle la capsule cristalline est toujours plus ou moins adhérente. La membrane capsulo-pupillaire ne serait donc, suivant ces auteurs, qu'un lambeau de la capsule cristalline. V. Stoeber, D. M.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JUILLET 1833.

Mémoire sur la réunion immédiate et la levée tardive du premier appareil des plaies qui succèdent aux grandes opérations; par M. L. SAZIE, *interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique et de la Société phrénologique.* (Fin.)

XIIe *Obs. — Tumeur blanche de l'articulation du genou; insuccès de divers traitemens; progrès rapides de la maladie; amputation de la cuisse; réunion immédiate au moyen de la suture et de bandelettes; premier pansement le* 11.e *jour; guérison complète le* 20.e — Ag. L...., ébéniste, d'un tempérament lymphatique, âgé d'environ 28 ans, se présenta à la consultation de l'hôpital Necker, pour une tumeur blanche du genou gauche dont l'origine datait de plus d'un an, et dont les progrès, très rapides depuis quatre mois, inspiraient les craintes les plus vives et les mieux fondées au malheureux qui en était atteint. Déjà en effet la tumeur avait un développement considérable; elle était le siège de douleurs vives et continues, et le membre amaigri était maintenu dans une demi-flexion forcée. Ces circonstances, et le ramollissement chaque jour plus sensible que la tumeur éprouvait à sa surface, firent présumer la dégénérescence avancée de la plupart des

tissus qui entraient dans sa composition. La maladie était sans doute déjà parvenue à ce degré où le tissu cellulaire sous-cutané est hypertrophié et converti en une substance d'apparence lardacée; la peau devenait rouge, et la flexion forcée du membre, ainsi que son volume au niveau de l'articulation, annonçaient que l'extrémité articulaire des os n'était pas étrangère à ces désordres. Quoi qu'il en fût, et bien que le malade eût déjà subi quelques traitemens, à la vérité irréguliers et imparfaits, M. Maréchal voulut tenter d'arrêter les progrès effrayans du mal par les moyens ordinaires de la thérapeutique. D'après les indications présentes de la maladie et sa nature présumée, on eut simultanément recours aux antiphlogistiques et aux préparations mercurielles. Plus d'un mois fut ainsi consacré à ce mode de traitement dirigé avec tout l'art et les soins possibles, mais que rendit entièrement impuissant le degré avancé de la maladie dont il devint la confirmation. Cependant les douleurs ne perdaient rien de leur intensité; l'état général devenait chaque jour plus fâcheux; la consistance de la tumeur diminuait successivement; enfin un engorgement œdémateux se manifesta dans tous les points de sa circonférence : on fut dès-lors contraint de proposer au malade, comme dernière ressource, l'amputation, dont on avait eu soin de lui rendre l'idée familière. Celui-ci, sentant la gravité de sa position, et plein de confiance dans les talens de l'opérateur, consentit sans délai au sacrifice du membre, et l'amputation en fut pratiquée le lendemain.

L'opération fut exécutée d'après la méthode circulaire; on comprima la crurale sur le pubis, et des aides furent placés comme il est généralement conseillé : l'incision de la peau fut pratiquée le plus bas possible, et l'on incisa successivement les diverses couches musculaires de bas en haut, d'après le procédé de Louis, de manière à représenter, après la section, un cône creux dont la surface de l'os scié formait le sommet; les ligatures furent multipliées, et le

sang parfaitement étanché; les lèvres de la plaie furent rapprochées latéralement et mises dans un contact immédiat au moyen de quelques points de suture et de bandelettes agglutinatives nombreuses; les ligatures furent réunies aux deux angles de la plaie, et le pansement achevé comme à l'ordinaire; on mit le malade dans un lit un peu dur, et le moignon fut placé sur un coussin ferme et peu élevé. (On prescrivit de la limonade, une potion calmante, et la diète.)

Le soir, la fièvre traumatique était modérée et n'exigea point la saignée conditionnelle prescrite après l'opération.

Le lendemain, le malade se trouvait bien; il avait assez bien dormi dans la nuit, et n'éprouvait pas de douleurs; la fièvre était déjà presque tombée, et l'on accorda un peu de bouillon dans la journée.

Aucun orage ne survint les jours suivans; quelques picotemens seulement se firent sentir dans le moignon les 5.e, 6.e et 7.e jours. L'alimentation du malade fut successivement augmentée, et l'on arriva sans autre accident au 11.e jour de l'opération.

L'appareil fut alors renouvelé pour la première fois; une très-faible quantité de pus concret pénétrait les pièces les plus internes du pansement; le moignon fut trouvé dans le meilleur état possible; la réunion immédiate avait parfaitement réussi dans toute l'étendue de la plaie, même au niveau de la peau. Le moignon était exempt de tout gonflement, et supportait sans douleur la compression qui ne fit reconnaître aucune collection purulente dans son épaisseur; les trajets occupés par les ligatures étaient les seuls points qui ne fussent pas cicatrisés; les sutures convenablement soutenues par les bandelettes agglutinatives, n'avaient déchiré qu'en quelques points, et dans une petite étendue seulement, la peau qui supportait leur action. Elles avaient singulièrement concouru à l'adhésion primitive du bord le plus externe des lèvres de la plaie. Ces

points de suture furent enlevés, et le pansement renouvelé comme d'ordinaire.

Les jours suivans les ligatures achevèrent de tomber; les trajets qu'elles occupaient furent bientôt fermés, ainsi que les ouvertures des points de suture; enfin la guérison fut complète le 20.e jour de l'opération. Le moignon avait la forme la plus régulière; la cicatrice n'était révélée que par le froncement qu'elle déterminait. Sous peu de jours le malade reçut un membre de bois qu'il adapta au moignon, et dont il se servit bientôt facilement et sans douleur.

L'observation qu'on vient de lire nous offre encore un cas bien remarquable de succès à la suite de la réunion immédiate et de la levée tardive du premier appareil. Ce qu'il est important de noter, c'est que le moignon était des plus volumineux, et par conséquent la plaie des plus étendues. Le gonflement traumatique que l'on avait eu raison de prévoir, fit recourir à la suture qui seconda puissamment l'action des bandelettes agglutinatives. Pour favoriser la réunion dans des cas semblables, ce moyen (la suture) nous semble devoir être mis en usage plus fréquemment qu'on ne le fait en général. C'est alors que la pratique de l'Ecole de Montpellier est parfaitement indiquée, et sera suivie le plus souvent de succès. Nous allons voir dans les observations qui suivent quels secours l'art peut encore retirer de la suture au profit de la réunion.

XIII.e *Obs.—Cancer du testicule gauche; retranchement de cet organe; réunion immédiate de la plaie sans points de suture; pansement le 12.e jour; adhésion primitive partielle; guérison complète le 26.e jour de l'opération.*— F. J. Conigliargues, âgé de 40 ans, d'un tempérament bilieux, sanguin, coutelier, était depuis deux ans atteint de sarcocèle au testicule gauche, lorsqu'il entra dans les salles de chirurgie de l'hôpital Necker. Cet homme ne put assigner de cause à sa maladie : jamais il n'a eu d'inflammation du testicule à la suite de blennorrhagies répercutées ou à

l'occasion de violences extérieures; une seule fois il a eu la syphilis caractérisée par des ulcérations sur la verge, mais il en fut parfaitement traité à l'hôpital militaire de Toulouse, et depuis vingt ans il n'en a plus ressenti le moindre symptôme. Le malade se rappelle seulement qu'à la suite d'un bal, ce testicule lui parut beaucoup plus lourd qu'à l'ordinaire, quoiqu'il ne fût point le siège de douleurs qu'il n'y a ressenties que deux ans plus tard; du reste, elles ont été jusqu'ici fort peu vives et rares, et quoique par leur caractère lancinant elles décèlent bien un cancer, il est extraordinaire qu'un sarcocèle de ce volume et aussi dur soit indolent à ce point. Sa forme triangulaire est due à trois éminences qui correspondent, l'une à la partie inférieure du testicule, la seconde à son sommet, et la dernière à l'insertion de l'épididyme. Le cordon paraît sain, et l'on ne sent pas d'engorgement dans l'abdomen.

Le malade, qui se trouvait dans des conditions favorables, subit l'opération le 22 juin : une incision verticale fut pratiquée sur le bord antérieur du testicule jusqu'à son angle inférieur; le scrotum fut entraîné en arrière, et le testicule fit hernie à travers les lèvres de l'incision par une véritable énucléation. Quelques coups de bistouri suffirent pour détruire en un instant les adhérences de la tunique vaginale au tissu cellulaire fibreux des bourses. Cette méthode est infiniment préférable à la dissection lente et douloureuse de cette membrane par le procédé encore trop généralement suivi; on fit ensuite la section du cordon testiculaire dans lequel on lia plusieurs artères séparément; la plaie fut immédiatement réunie avec des bandelettes agglutinatives nombreuses et placées en quelques points sur des boulettes de charpie qui en appliquaient exactement les deux surfaces; le tout fut maintenu par un appareil convenable et une compresse longuette placée en cravatte qui supportait le poids des bourses.

La tumeur était formée par du squirrhe offrant en quel-

ques points un commencement de ramollissement : nulle part on ne trouva de la matière tuberculeuse, comme l'aurait pu faire présumer l'indolence de la tumeur.

Le malade fut agité la première nuit de l'opération, et quoique sans douleur et presque sans fièvre, il fut pourtant privé de sommeil.

Depuis lors il continua d'aller parfaitement jusqu'au 4 juillet, 12.e jour de l'opération, ne s'étant plaint que d'être un peu trop serré par le bandage, et d'un peu d'irritation causée par l'urine entre la cuisse et le testicule droits. Les pièces du pansement n'étaient pénétrées que d'une légère quantité de pus; l'adhésion primitive n'avait lieu qu'à la partie supérieure de la plaie; inférieurement les bourses lâches et extensibles formaient un cul-de-sac où s'était accumulée une certaine quantité de suppuration. A cause de cette disposition, le contact immédiat et permanent des lèvres de la plaie en cet endroit avait été difficile, et sans doute détruit par des mouvemens du malade ou la contractilité naturelle du scrotum.

Toutefois, des bourgeons charnus du meilleur aspect s'élevaient déjà de cette portion non réunie de la plaie, et faisaient espérer une cicatrisation prochaine. Le contact prolongé du pus qui s'était condensé à leur surface semblait avoir augmenté leur vitalité, en avoir favorisé le développement et les disposer à cicatrisation. L'appareil fut appliqué de nouveau; cette portion non cicatrisée du tiers environ de la plaie fut rapprochée et réunie immédiatement; une légère compression fut exercée à la partie postérieure de ce cul-de-sac, au moyen d'un tampon de charpie, et le reste du pansement achevé comme à l'ordinaire.

Deux jours après, cet appareil fut levé; la plaie avait fourni très-peu de suppuration; son *infundibulum* avait notablement diminué, et de nombreux bourgeons charnus, rouges et vermeils l'oblitéraient en grande partie; la cicatrice de la partie supérieure de la plaie se consolidait de

plus en plus et était à peine visible; enfin le malade acheva chez lui sa guérison qui fut complète le 26.e jour de l'opération.

Si l'on rapproche pour un instant le cas qui précède de celui-ci, on voit de suite de quel avantage eût été la suture en cette occasion. Il est aisé de comprendre en effet qu'après l'opération, le tissu contractile des bourses, légèrement mais continuellement irrité par les différentes pièces du pansement, se rétracte d'une manière lente et successive, tiraille en sens inverse les lèvres de la plaie, et finisse par surmonter l'action unissante des bandelettes agglutinatives. L'observation qu'on vient de lire nous en offre une preuve assez évidente. On a donc tout lieu de croire que si, dès le premier pansement, quelques points de suture eussent été pratiqués, la réunion immédiate se serait effectuée dans toute l'étendue de la plaie. C'est un enseignement pratique qui méritait d'être pris en considération, et que l'on mit à profit dans le premier cas semblable auquel on eut à faire, et que nous allons rapporter.

XIVe *Obs. — Taille latéralisée; engorgement consécutif des testicules; absence de syphilis; traitemens variés et nombreux dans plusieurs hôpitaux de France; sarcocèle double confirmé; changemens remarquables dans la constitution et les habitudes du malade; castration; plaies réunies immédiatement; premier pansement le 13.e jour de l'opération; guérison complète le 19.e, etc.* — J. B. Baclet, chapelier, âgé de 36 ans, porte depuis cinq ans un sarcocèle double dont la nature est difficile à déterminer : cet homme, d'une bonne constitution, habituellement bien portant, a vu ses forces diminuer successivement depuis le commencement de sa maladie, et sa santé disparaître à la suite de traitemens anti-vénériens nombreux et actifs. Ancien soldat de la jeune-garde, il a été brave et galant tout ensemble, et quoiqu'il ait nombre de fois bravé la contagion vénérienne, il affirme pourtant n'avoir jamais

éprouvé de symptômes qui légitiment les nombrenx traitemens qu'on lui a fait suivre depuis. Il subit, il y a cinq ans, à Dunkerque, la taille latéralisée, pour un calcul vésical qu'il portait, disait-il, depuis l'âge de six ans, et qu'il aurait gardé vingt-cinq. Disons ici que, deux ans après, dans un assaut d'armes, il se luxa la cuisse en bas et en dedans, et que cette maladie inconnue, et par conséquent non réduite, ne guérit qu'à la faveur d'une fausse articulation, avec déformation de la hanche et un raccourcissement de près de deux pouces.

Avant d'avoir subi la taille, cet homme n'avait jamais éprouvé de symptômes morbides du côté des testicules; il était naturellement enclin à la génération dont les fonctions s'accomplissaient toujours chez lui dans leur plénitude. Un an après, à la suite de longues fatigues, il ressentit des douleurs vagues le long des cordons spermatiques, sans que les testicules fussent le siège d'aucun symptôme morbide appréciable; jusques-là, depuis l'opération, il s'était religieusement abstenu des femmes pour lesquelles il n'avait plus de penchant; mais huit mois plus tard, agacé par une ancienne maîtresse, il n'eut point d'éjaculation dans le coït; depuis lors il eut avec elle des rapports fréquens, qui ne s'accompagnaient que d'une jouissance bâtarde et fugitive. Contrariée d'un changement aussi essentiel dans l'accomplissement de ces fonctions, cette femme répugnait à contracter avec lui un acte qui la fatiguait en pure perte; bientôt elle lui en fit sans détour l'observation, et ne tarda pas à gratifier un athlète plus accompli du tribut de sa tendresse.

A l'infirmité près que nous venons de relater, le malade était d'une bonne santé et pouvait se livrer avec suite à ses travaux ordinaires; mais après ce temps il survint à l'épididyme gauche un engorgement notable qui ne tarda point à se communiquer à tout le testicule, et fut suivi de la dilatation variqueuse des veines du scrotum. Cet engorgement

de l'épididyme resta stationnaire après que le testicule eût été ramené à son volume primitif par des applications répétées de sangsues et l'usage des émolliens. Cependant cet organe ne tarda pas à être pris d'une nouvelle inflammation, devint volumineux, et causait de vives douleurs ; cette fois le traitement antiphlogistique et résolutif échoua, et le malade avait cessé toute médication, lorsqu'au bout de trois semaines le testicule diminua notablement, mais acquit une dureté assez considérable; enfin deux ou trois ans après la première apparition de l'engorgement de l'épididyme, survenu depuis l'opération de la taille, ce malade se rendit, il y a cinq ans, à l'hôpital de Rouen. Le chirurgien, aux soins duquel il fut confié, prit la maladie pour une forme de la syphilis, et la traita en conséquence. Mais M. Flobert, à son retour de l'expédition d'Espagne, fut, ainsi que son interne, d'un avis différent sur sa nature. Toutefois on continua plusieurs traitemens antiphlogistiques et fondans des plus énergiques, qui réduisirent au bout de deux mois le malade à toute extrémité. Il se rétablit cependant assez pour pouvoir fournir la vie errante que l'on va voir.

Quoique l'engorgement de l'épididyme restât stationnaire, le testicule diminuait de plus en plus, et le malade put s'occuper dans une fabrique à Rouen, où il demeura quelque temps; il alla ensuite passer six mois à Marseille, quinze jours à Bordeaux, un an à Castillon, trois mois à Libourne et neuf mois à Lyon, sans suivre aucun traitement pendant tout ce temps. Pendant son séjour dans cette dernière ville, il éprouva, à la suite d'un assaut d'armes, et pour la première fois, de vives douleurs au testicule droit, en même temps que le gauche s'était de nouveau tuméfié; il fut contraint d'entrer à l'hôpital, où il subit un traitement antiphlogistique actif. Il alla passer ensuite cinq semaines à l'hôpital de Reims, où l'on continua pendant ce temps un traitement antiphlogistique et fondant, par les sangsues, cataplasmes et frictions mercurielles. Il se rendit delà à

Dunkerque, son pays natal, où l'on continua pendant trois mois le même traitement. Ayant appris que le climat de la Belgique pourrait favoriser la guérison de sa maladie, il se rendit à Louvain, où on lui fit faire pendant quatre mois des frictions sur diverses parties du corps ; mais n'en retirant aucun bon effet, le chirurgien-major de l'hôpital de Louvain proposa la castration, que le malade refusa. Il essaya depuis, avec tout aussi peu d'avantage, de l'application prolongée quinze jours d'un emplâtre médicamenteux sur les testicules. Il revint à Dunkerque après la révolution belge, alla successivement de Paris à Bordeaux, et fut passer trois mois à l'hôpital d'Angers, où on lui fit faire un traitement par des frictions, pilules et bains mercuriels; de là il se rendit à Bourbon-Vendée, d'où l'autorité le renvoya dans son pays à Dunkerque. Mais chemin faisant, il entra pour la deuxième fois à l'hôpital de Rouen, où il fut de nouveau confié aux soins éclairés de M. Flobert, qui prescrivit un emplâtre de Vigo sur les testicules, la tisane sudorifique et la liqueur de Van-Swiéten. Ce chirurgien, après trois mois de ce traitement, proposa l'amputation des organes malades, à laquelle cet homme, plein de confiance en M. Flobert, allait consentir, lorsqu'il fut renvoyé par le directeur de l'hospice pour cause de trop long séjour et d'encombrement. Il se dirigea de là vers Paris, mais les douleurs s'étant exaspérées par la marche, il fut contraint d'entrer à l'hôpital de Pontoise, où l'on voulut encore lui faire l'opération. Arrivé enfin à Paris, il entra, par les conseils d'un médecin, dans les salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, où on lui fit appliquer un emplâtre de ciguë sur chaque testicule, en même temps qu'on soumettait le malade à l'usage des fumigations cinabrées. Mais il ne put y rester que dix-sept jours environ, la religieuse aimant à ne voir dans sa maladie qu'une punition imparfaite des abus sociaux, et s'efforçant de compléter la vengeance divine en contrariant en tous points les goûts alimentaires de ce mal-

heureux, si bizarrement pervertis, comme nous le dirons bientôt. Après sa sortie, il ne tarda point à rencontrer aux barrières un de ses camarades en malheur, qui lui dit avoir été opéré avec un rare bonheur par M. Maréchal. Ce fut assez pour que ce malade se présentât le lendemain à l'hôpital Necker.

Pendant tous ces voyages nombreux et pénibles, les deux testicules, quoique d'un volume presque normal, offraient de nombreuses bosselures, et avaient acquis une dureté considérable. Les deux cordons spermatiques paraissaient sains, même au voisinage des testicules, qui sont le siège de douleurs instantanées produisant plutôt la sensation d'une constriction forte que d'un coup d'aiguille ou autre corps pointu. Quelquefois elles ont une intensité telle, qu'elles obligent ce malheureux à suspendre sa marche ou à se coucher sur le ventre. Avant de vouloir consentir à l'opération, le malade suivit inutilement plusieurs traitemens sévères par les mercuriaux et les frictions iodurées; celles-ci réveillèrent à plusieurs reprises des douleurs sourdes dans la profondeur des organes malades, et déterminèrent sur la peau, des boutons, des picotemens insupportables. Cependant, à la suite de ce traitement fondant et antiscrofuleux, secondé par tous les moyens accessoires d'usage en pareil cas, aucune diminution, aucun changement ne put être obtenu dans les organes malades.

Il importe que nous notions ici les changemens remarquables qui se sont opérés dans la constitution et les habitudes de cet homme depuis sa maladie; si l'expérience des temps a confirmé souvent la vérité de l'axiôme : *Propter solum uterum mulier est id quod est*, le cas de ce malade permet aussi de dire que souvent : *Propter testiculos tantum vir est id quod est.* En effet, quoique ce malheureux eût conservé jusqu'à un certain âge et doués d'une grande puissance fonctionnelle ses organes reproducteurs, cependant, depuis leur fusion morbide, leur influence s'était si ra-

pidement anéantie, qu'il s'était opéré dans toute son économie une révolution plus complète en quelque sorte que chez les eunuques qui les perdent généralement à un âge encore peu avancé. Autrefois militaire à belle moustache, cet homme n'avait plus que du poil follet sur son menton et sur ses joues. La couleur de la peau était blanche, pâle, le tissu cellulaire sous-cutané abondant, les formes arrondies et non plus angulaires et saillantes comme chez l'homme. Sa voix pourtant conservait encore un timbre moyen entre celle de l'homme et de la femme; ses habitudes n'étaient pas moins singulièrement perverties; autrefois vigoureux et brave, s'étant plus d'une fois montré avec honneur sur le champ de bataille et dans des combats singuliers, désormais mêlé aux femmes qui le considéraient pour ainsi dire comme une d'elles, les soins pacifiques du ménage l'occupaient seuls; il descendait journellement jusqu'aux moindres de ces détails avec un goût tout particulier, avait encore une antipathie prononcée pour toute alimentation animalisée, et se nourrissait presqu'exclusivement de végétaux. Comme on le voit, dans son physique comme dans son moral, cet homme avait entièrement perdu le cachet de la virilité.

Sujet depuis sa maladie à de fréquens accès de folie, ce malade se porta dans un de ces momens d'aliénation à des violences telles contre des employés de la maison, qu'on fût forcé de lui donner sa sortie. Il alla se présenter aux chirurgiens d'un des grands hôpitaux de Paris, qui ne voulaient l'y recevoir qu'à la condition de lui pratiquer le lendemain l'ablation des testicules; placé dans cette alternative et sachant bien n'accorder sa confiance qu'à des personnes qui paraissaient lui porter un véritable intérêt, ce malheureux revint solliciter sa rentrée à l'hôpital Necker, déclarant ne vouloir être opéré que de la main de M. Maréchal; il en fixa lui-même le jour, à la Toussaint, et observa tous les rites religieux possibles pendant les trois jours qui précédèrent.

Le jour indiqué, on procéda à l'opération ainsi qu'il suit : incision longitudinale depuis la terminaison du cordon spermatique jusqu'à la partie inférieure du testicule gauche, qui fut entièrement isolé par énucléation et détaché par quelques coups de bistouri ; on fit ensuite, d'un seul coup d'instrument, la section du cordon dont on lia chaque artère séparément. Sans constater préalablement la nature des lésions morbides de ce premier organe, on pratiqua, sur celui du côté opposé, une incision verticale dont la terminaison inférieure venait joindre la précédente en formant un V. Ce testicule fut isolé et l'opération terminée comme précédemment. Au moyen de quelques points de suture et de bandelettes agglutinatives bien appliquées, on réunit les deux plaies immédiatement.

A l'examen anatomique des organes enlevés, on les a trouvés presque partout à l'état normal; mais l'épididyme de chacun des testicules était atteint de cancer et renfermait plusieurs petits foyers purulens circonscrits.

Le malade fut assez bien les premiers jours qui suivirent l'opération ; la fièvre traumatique fut légère, et le moral du malade bon. Mais les quatrième et cinquième jours, il ressentit des douleurs assez vives près de l'orifice externe de chaque anneau inguinal ; il arriva sans autre accident au 7 novembre, treizième jour de l'opération; l'appareil renouvellé pour la première fois, les deux plaies furent trouvées presque partout entièrement adhérentes, si ce n'est à leur réunion inférieure et dans l'étendue de 4 à 5 lignes seulement ; aucun foyer purulent ne s'était formé dans le lieu auparavant occupé par les testicules; la compression ne faisait sourdre, du côté gauche seulement, qu'un peu de sérosité sanguinolente ; les points de suture furent enlevés, quelques ligatures tombèrent, et l'on renouvella l'appareil. Il fut de nouveau changé au bout de trois jours; des bourgeons du meilleur aspect annoncèrent la cicatrisation prochaine de la petite portion de plaie où la réunion primitive

avait échoué. La compression ne faisait plus sourdre de sanie ni de pus de la cavité des bourses à gauche ; enfin le dix-neuvième jour de l'opération, les deux plaies furent parfaitement guéries, et la cicatrice n'en était rendue apparente que par le froncement du scrotum qui, n'étant plus distendu par les testicules, formait des rides et des plis en revenant sur lui-même.

Cette observation est certainement une des plus remarquables en ce genre ; elle prouve d'abord, comme nous l'avons établi dans celle qui précède, les avantages de la suture pour maintenir constamment en contact des tissus contractiles et en obtenir ainsi la réunion immédiate. Aussi la cicatrisation s'est-elle opérée en un petit nombre de jours et sans accidens, quoique la plaie fût très-étendue et fort irrégulière. De plus, elle peut ouvrir le champ à bien des réflexions sur la corrélation qui semble exister entre l'opération de la taille que ce malade avait subie et l'affection consécutive des organes reproducteurs. Ce rapport existe-t-il effectivement ? y a-t-il eu section des canaux éjaculateurs ou de l'un d'eux dans la cystotomie, et dans ce cas, la rétention forcée de la liqueur prolifique dans les sinuosités des canaux séminifères a-t-elle déterminé la lésion organique que l'examen anatomique fait reconnaître ; c'est ce que nous ne nous permettrons point de décider et que nous soumettrons au jugement du lecteur.

Nous devons exprimer ici nos regrets de n'avoir pu recouvrer, pour les donner en détail, deux observations dont l'une concerne un amputé de la cuisse sur lequel, à la levée du premier appareil le 12[me] jour, on trouva la plaie réunie, si ce n'est à son centre, au niveau de la peau dans l'étendue de 4 à 5 lignes et près des ligatures ; la cicatrisation de ces points de la plaie fut prompte et la guérison complètement achevée le 26[me] jour.

La seconde observation a également pour sujet une amputation de la cuisse dont la guérison fut moins rapide : à la levée

du premier pansement, qui eut lieu le 11e ou le 12me jour, on trouva qu'un tiers de la plaie, vers son angle inférieur, occupé par des ligatures, ne s'était point réuni, quoique l'adhésion primitive se fût opérée dans tous les autres points des surfaces diverses. Les pansemens furent renouvelés à l'ordinaire ; l'angle inférieur de la plaie ne marchait point vers la cicatrisation ; cependant la constitution et l'état du malade paraissaient aussi bons qu'on pût le désirer. Ne pouvant soupçonner une exfoliation prochaine de l'os, on ne chercha pas à le mettre sans nécessité à découvert, et à détruire ainsi la cicatrice déjà obtenue dans les autres portions de la plaie. Cependant bientôt quelques particules osseuses, entraînées par le pus, annoncèrent un travail d'élimination à l'extrémité de l'os, et une esquille d'une certaine étendue ne tarda pas à se présenter entre les lèvres de la plaie d'où elle fut facilement extraite. On se souvint alors que l'aide chargé de soutenir le membre pendant l'opération, lui imprima un faux mouvement au moment où la scie divisait les dernières couches de l'os qui, de cette manière, se brisa en esquilles adhérentes au fragment supérieur. On eut à regretter d'avoir oublié, au moment de l'opération, d'examiner attentivement l'extrémité de l'os et d'extraire ces esquilles dont la présence a tellement retardé la guérison. Toutefois après leur chute, la cicatrisation de la plaie se fit d'une manière assez rapide, et elle était entièrement fermée le 42me jour de l'opération.

Disons aussi, qu'appellé dernièrement en province à donner des soins à des malheureux moissonnés par le choléra, et ayant eu à pratiquer l'ablation d'un sein depuis longtemps atteint de cancer, quoique la plaie fût étendue, qu'il y eût une grande perte de substance à la peau et que l'extirpation d'un chapelet de glandes engorgées ou squirrheuses eût rendu la plaie anfractueuse vers l'aisselle, cependant nous crûmes devoir en tenter la réunion immédiate et nous conformer au précepte de Bell et d'Assalini,

qui prescrivent de réunir toutes les plaies depuis la piqûre faite à la veine dans la phlébotomie, dit le dernier de ces auteurs, jusqu'à l'incision faite à l'utérus pour en extraire le fœtus. Quelques efforts furent nécessaires pour mettre en contact les lèvres écartées de cette plaie que l'on maintînt réunie au moyen de quelques points de suture et de nombreuses bandelettes agglutinatives; l'appareil fut laissé plusieurs jours en place, et au premier pansement on ne fut pas médiocrement surpris de trouver la plaie parfaitement réunie dans presque toute son étendue, de sa profondeur à ses bords cutanés; le cul-de-sac qui avait succédé à l'ablation de la masse ganglionnaire était le seul point où l'adhésion primitive eût échoué; il s'oblitéra successivement, et le pus ne stagnait qu'en petite quantité; enfin, au bout de 28 jours, nous eûmes la satisfaction de pouvoir compter au nombre des succès par cette méthode, la cure de cette femme qui ne savait assez se féliciter de son heureuse guérison et ne tarda pas à reprendre les rudes et pénibles travaux des champs.

Tels sont les faits que nous avons été à portée d'observer d'après la méthode de la réunion immédiate secondée de la levée tardive du premier appareil; nous avons cru devoir les indiquer tous avec détail pour mettre mieux en mesure de juger une méthode qui peut-être paraîtra d'abord étrange et périlleuse; c'est aussi pour que de leur comparaison puisse naître une opinion dénuée d'incertitude, que nous avons scrupuleusement indiqué les revers comme les succès; quoique nous eussions désiré posséder un plus grand nombre de faits auxquels cette méthode eût été appliquée, nous espérons pourtant que ceux que nous avons fourni suffiront pour engager quelques chirurgiens amis de la science et placés sur le grand théâtre des hôpitaux, à soumettre à leur propre expérience une méthode qui promet de si beaux résultats. Maréchal, à qui nous la devons, continuait de la soumettre à une étude pra-

tique avec tout le zèle d'un jeune et habile chirurgien, et rassemblait, d'après elle, une masse imposante de faits, lorsque la mort est venue le ravir si inopinément à la science et à l'humanité.

Nous allons entrer maintenant dans quelques considérations sur les phénomènes dont s'accompagne cette méthode de traiter les plaies qui succèdent aux opérations ; nous aurons à examiner ensuite les avantages qu'elle possède sous divers rapports; après quoi nous pèserons quelques objections qu'on a faites à la réunion immédiate principalement, et qu'on pourrait étendre à la méthode de panser tardivement les plaies, soit qu'on les ait réunies par première intention ou médiatement.

La réunion immédiate est, comme on l'a si bien dit, une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne; longtemps reléguée en Angleterre, son berceau, elle y était pour ainsi dire généralement suivie, avant que les chirurgiens des autres pays osassent dévier de leur routine pour suivre l'exemple de ces maîtres des nations en civilisation et en progrès ; mais pour l'honneur de l'art, des esprits forts secouèrent sur plus d'un théâtre le joug des écoles, et grâce à leurs efforts, la réunion immédiate est de nos jours sur le point d'être universellement adoptée. Cependant il existe encore des hommes d'une grande célébrité, qui, malgré tant de travaux, craindraient de compromettre le sort de leurs opérés en réunissant immédiatement. De plus, indifférente aux progrès de l'art, et trop souvent dans l'impossibilité de juger mûrement par elle-même, la foule des médecins s'empresse d'adopter sans examen l'opinion d'hommes que leur position met en évidence ou dont quelquefois le nom se trouve honorablement consigné dans les annales de la science. De là les difficultés sans nombre qu'ont éprouvées pour se répandre tant d'importantes découvertes; c'est ainsi que souvent l'erreur d'un homme devient pour beaucoup d'autres une cause perpé-

tuelle d'ignorance. Dans les sciences on n'évite de tels écueils qu'en se renfermant dans le scepticisme, jusqu'à ce qu'on ait pu s'éclairer soi-même par l'observation directe la plus variée.

Il est vrai de dire aussi que parmi les partisans de la réunion immédiate, un petit nombre paraît avoir convenablement apprécié ses avantages et ses inconvéniens ; il règne encore du vague sur plusieurs points, et ce ne sont pas malheureusement ceux qui touchent de moins près au sort des malades ; la science attendra sans doute longtemps encore des faits en nombre suffisant et sévèrement observés, avant qu'on puisse adopter une opinion définitive sur ces divers points de pratique.

Hunter a le premier bien indiqué le mécanisme d'après lequel s'opère la réunion immédiate ; cet homme célèbre distingue trois modes de réunion ; le premier, et sans doute le plus fréquent, a lieu de la manière suivante : lorsque les deux lèvres d'une plaie sont réunies avant que le suintement du sang soit parfaitement arrêté, la petite quantité de ce fluide qui s'épanche entre les deux surfaces devient la première base de leur réunion ; en même temps des sucs organiques exhalés, soit par l'ouverture à moitié fermée des vaisseaux, soit par les cellules ouvertes du tissu cellulaire, se mêlent au sang épanché et se forment en une lymphe plastique qui se concrète de plus en plus et agglutine les surfaces divisées ; bientôt cette matière s'organise ; des vaisseaux, continuation de ceux déjà divisés, ou autres de nouvelle formation, la traversent dans tous les sens, et rétablissent entre les deux lèvres de la plaie les communications organiques que la blessure avait interrompues.

Tel est le premier mode de réunion d'après Hunter ; l'inflammation semble tout-à-fait étrangère à cette série de phénomènes ; mais lorsqu'ils se sont succédés en pure perte, lorsque l'adhésion n'en a point été la conséquence, une nouvelle série d'actes vitaux ne tarde pas à se manifester ; l'inflammation y joue le principal rôle. Les deux lè-

vres de la plaie sont priscs alors d'une phlogose modérée dont le résultat secondaire est la sécrétion de la lymphe plastique qui se condense de plus en plus à leur surface, s'y organise et produit l'adhésion. Enfin lorsque ce deuxième moyen de réunion a échoué, la cicatrisation se fait par le développement des granulations.

Thompson ne partage pas les idées de Hunter sur le premier de ces modes de réunion; il pense que l'épanchement de la moindre quantité de sang dans la plaie doit mettre obstacle à la réunion loin d'y concourir; il le regarde conmme un corps étranger qui, devenu concret et adhérent aux surfaces divisées, a pu d'abord en imposer pour un centre apparent de réunion; mais il pense qu'il en est infailliblement détaché par l'épanchement prochain de la lymphe plastique que détermine l'inflammation, et qu'il doit être nécessairement éliminé ou disparaître par l'absorption avant que l'adhérence réelle et définitive, produite par la lymphe plastique seule, puisse s'effectuer. Cette manière de voir du professeur d'Edimbourg nons paraît moins fondée et moins près de la vérité; Thompson nous semble avoir donné, dans l'explication de ces phénomènes, une importance trop exclusive à l'inflammation dont il traitait d'une manière spéciale. En effet, comme le dit Hunter, le sang, étant vivant, devient, pour ainsi dire, une partie de nous-mêmes, n'offense point les surfaces avec lesquelles il se trouve en contact, et ne cause point d'irritation; ses parties rouges sont absorbées ou se combinent avec les autres fluides vitaux pour former la lymphe coagulable qui agglutine les lèvres de la division, devient vivante, vasculaire et nerveuse, et permet bientôt entre ces parties les mêmes rapports de fonctions qui existaient auparavant. A l'appui de cette manière de voir nous rapporterons ici un cas d'amputation de la jambe qui fut suivie de l'épanchement d'une petite quantité de sang dans le moignon; le caillot, dont on ne constata l'existence qu'a-

près le troisième ou le quatrième pansement, avait contracté des adhérences avec le fond de la plaie et avait sans doute été en partie entraîné par la suppuration ou repris par l'absorption, lorsque, voulant le détacher des surfaces vivantes, on reconnut qu'il avait contracté avec elles des adhérences internes et solides, en même temps qu'il avait acquis un commencement d'organisation; dès-lors on suivit attentivement chaque jour sa transformation en tissu vivant, on le vit acquérir plus tard une organisation celluleuse, revêtir l'apparence d'un gros bourgeon charnu, saillant à la surface de la plaie, et devenir enfin la base de la cicatrice dans le lieu qu'il occupait. Tout récemment, nous venons d'observer un fait se rattachant au sujet qui nous occupe: Une femme est portée dans les salles de l'hôpital St Louis, atteinte d'un ictère très-prononcé et offrant la plupart des symptômes d'une pneumonie au troisième degré: la mort eut lieu le lendemain. A l'autopsie nous trouvâmes la vésicule biliaire distendue par des calculs, les poumons presque partout engoués ou hépatisés; dans le péricarde, dont on n'avait pu constater exactement l'état du vivant de la malade à cause de la matité générale du thorax, existait un épanchement sanguin considérable; la partie coagulable du sang s'était fixée à la surface externe du cœur, où elle formait une membrane d'une épaisseur uniforme, d'apparence celluleuse, intimement adhérente et offrant les traces d'un commencement d'organisation, dont sans doute elle aurait bientôt revêtu les caractères si elle eût reposé sur une surface traumatique récente, et si la vie de la malade se fût quelque temps prolongée. En adoptant au surplus les idées de Thompson, l'élimination au dehors du sang épanché entre les lèvres de la plaie serait beaucoup moins fréquente que sa résorption, et ne deviendrait par suite que rarement une cause d'insuccès pour l'adhésion. On en a la preuve dans la résorption fréquente des épanchemens qui surviennent dans

les différentes parties du corps, dans la substance cérébrale surtout, et dont la disparition est suivie de la cicatrisation des parties qu'ils avaient divisées.

Quoi qu'il en soit, il demeure certain que la réunion immédiate s'opère le plus souvent sans le secours de l'inflammation ; car, dans une plaie offrant des conditions favorables, l'épanchement des sucs organiques des diverses sources que nous avons indiquées et la formation de la lymphe plastique s'effectuent peu de temps après la lésion, bien avant que l'inflammation ait eu le temps de naître ; cette lymphe se condense de plus en plus et rapproche les lèvres de la plaie qui se trouvent ainsi le plus souvent réunies avant qu'aucun phénomène inflammatoire se soit manifesté.

Il est digne de remarque que la cicatrisation ne s'opère jamais qu'au moyen d'une substance membraneuse intermédiaire ; cette règle s'applique aux trois modes de réunion que nous ne devrions plus dès-lors appeler immédiate dans l'acception rigoureuse du mot. Dans les deux premiers, cette substance est le résultat de la condensation des sucs organiques qui s'épanchent primitivement ou par le fait de l'inflammation, mais dont les transformations ultérieures sont absolument identiques. Dans le troisième mode de réunion ou réunion par suppuration, par granulations ou médiate, si différent en apparence des deux premiers, le mécanisme est cependant à-peu-près le même : c'est encore une substance intermédiaire et de nouvelle formation qui détermine l'adhérence des parties divisées. On sait depuis longtemps, et l'on a surtout bien vu de nos jours que la sécrétion du pus est due à une membrane recouvrant les granulations et étendue en réseau sur la surface de la plaie ; sa présence peut être plus ou moins facile à constater ; elle existe également à la surface des cavités anormales accidentelles remplies de pus qu'elle a sécrété. Cette vérité une fois démontrée, on a pu facilement expliquer l'identité de la matière purulente, malgré la très-grande différence des organes

en suppuration ; dans tous les cas, cette membrane, avant de constituer une matière définitive, éprouve une série de modifications successives ; elle est d'abord blanchâtre, aréolaire, se laisse ensuite pénétrer par le sang, devient bientôt vasculaire, pour acquérir enfin un haut degré d'organisation et une solidité telle qu'elle résiste aux efforts employés pour la rompre, avec la même efficacité que les parties voisines qu'elle sert à réunir.

Ceci nous conduit naturellement à examiner les effets sur l'adhésion primitive qu'a une certaine quantité de pus formée entre les lèvres de la plaie. Il est difficile de concevoir que, dans la plupart des plaies un peu étendues, l'adhésion primitive ait exactement lieu sur tous les points de leur surface ; la présence des fils des ligatures souvent nombreux, les portions de vaisseaux et de parties molles qu'ils embrassent et qui doivent se séparer du moignon par la mortification, agissent comme corps étrangers et déterminent toujours pour leur expulsion au dehors ou pour leur absorption, la formation d'une plus ou moins grande quantité de pus ; de plus, pour les amputations ordinaires la difficulté d'établir toujours un contact exact et permanent entre la surface des os et les parties molles qui les avoisinent doit souvent permettre la formation en ce point d'une certaine quantité de suppuration. Mais alors celle-ci s'écoule facilement le long des ligatures, comme c'est sans doute le cas le plus ordinaire ; ou bien elle est insensiblement reprise par l'absorption. Ce n'est que quand elle excède la capacité absorbante des vaisseaux qu'elle se rassemble dans divers points du moignon où l'art est obligé de lui livrer passage au dehors. Mais observons que, lorsque les pansemens sont convenablement faits, il arrive rarement qu'elle devienne assez abondante pour s'opposer définitivement à la réunion et pour former un obstacle dont la nature ne puisse triompher.

On peut induire de ce qui précède que l'on doit remplir

plusieurs conditions essentielles pour assurer le succès de la réunion ; c'est ainsi qu'il importe de rendre le plus régulières possibles, et donner la forme la plus convenable aux plaies ordinaires qui succèdent à l'ablation de tumeurs sur diverses parties du corps ; il est facile alors d'en appliquer exactement les lèvres dans toute leur étendue et sans efforts ; à cet effet, il devient quelquefois nécessaire d'en presser les lèvres plus fortement l'une contre l'autre au moyen de tampons de charpie sur lesquels on concentre l'action unissante des bandelettes agglutinatives. Dans d'autres circonstances, le plus souvent à cause du volume des parties retranchées, de la perte de substance qu'ont éprouvée les parties molles environnantes ou de l'organisation particulière des tissus qui forment les lèvres de la plaie, ces moyens seuls seraient insuffisans : il devient nécessaire alors de pratiquer la suture, qui peut seule assurer d'une manière permanente le contact des lèvres de la division ; mais elle devient assez rarement indispensable ; beaucoup de chirurgiens nous semblent la mettre en usage dans bien des cas où les bandelettes agglutinatives seules et un pansement convenable auraient indubitablement suffi à la réunion. Dans tous les cas, la source du sang doit être parfaitement tarie : il faut multiplier les ligatures à l'excès.

Tous ces préceptes s'appliquent également aux plaies qui succèdent aux amputations, mais elles offrent en outre des inductions particulières et de la plus haute importance ; c'est surtout à Louis et à quelques autres chirurgiens que l'on doit divers procédés pour prévenir la conicité du moignon et la saillie de l'os, en coupant les parties molles de manière à leur faire représenter un cône creux dont la surface de l'os scié forme le sommet ; cette disposition des chairs, jointe à une longueur suffisante des lambeaux, permet de les appliquer exactement et d'éviter ainsi, par la réunion immédiate, les accidens nombreux et presque toujours mortels auxquels les malades étaient autrefois

exposés. Dans ces derniers temps, M. Roux s'est aussi élevé avec raison contre l'usage vicieux de disséquer plus ou moins loin la peau dans l'amputation avant de commencer la section des muscles. Cette pratique ne peut que nuire à la réunion, et rien d'ailleurs ne la justifie depuis qu'il est prouvé que, par des tractions convenables sur la peau avant et après sa section, il est toujours possible de lui conserver assez de longueur et de couper les muscles à une hauteur suffisante pour pouvoir ensuite facilement recouvrir le moignon et appliquer l'une à l'autre les lèvres de la plaie. Il est également important de ne point trop dénuder l'os de son périoste avant d'en pratiquer la section; souvent dans ces cas, l'extrémité dénudée de l'os s'exfolie, irrite les parties voisines et détermine une suppuration plus ou moins abondante qui fait échouer la réunion. Si, dans l'enfance de l'art, on a longtemps et avec tant de prévention rejetté la réunion immédiate après les amputations, et posé même en principe l'impossibilité de la guérison sans suppuration, c'est que la dénudation étendue de l'os, qu'on manquait rarement de pratiquer, l'exposait à la nécrose, et donnait lieu à d'abondantes suppurations. De nos jours, la pratique des chirurgiens est plus rationnelle; toutefois on n'apporte pas toujours à ce temps de l'opération toute l'attention qu'il mérite; le périoste doit être incisé d'un seul trait en contournant l'os, ou si l'on y porte à plusieurs reprises l'instrument, il faut autant que possible lui faire décrire la même ligne circulaire pour ne pas interrompre par des spirales, sur plusieurs points, la continuité des vaisseaux du périoste, ce qui quelquefois détermine la nécrose et l'exfoliation de l'os, comme à la suite d'une véritable dénudation.

L'amputation est souvent nécessitée par des maladies anciennes, par des fractures compliquées, ou les désordres graves que déterminent les projectiles lancés par la poudre; cette altération peut s'étendre jusqu'au lieu où doit

être pratiquée la séparation , et l'instrument tranchant agit alors sur des tissus atteints déjà de phlegmasie chronique ou d'une commotion profonde à l'occasion de laquelle se manifeste souvent une inflammation vive du moignon ; elle est si fréquente dans ces cas, que Guthrie conseille, à tort sans doute, de ne jamais tenter alors la réunion immédiate. Pour la prévenir et mettre ainsi, dès le principe, la réunion à l'abri de cette cause d'insuccès, les chirurgiens allemands surtout, dont la pratique éclairée trouve chez nous trop peu d'imitateurs, maintiennent pendant un temps variable des réfrigérans appliqués sur le moignon ; deux fois seulement j'ai pu suivre par moi-même les effets de cette thérapeutique dont le succès fut complet ; elle semble d'ailleurs avouée par la physiologie, et serait sans doute d'un grand secours dans les cas dont il s'agit, entre les mains d'un chirurgien habile. Mais si déjà l'inflammation s'est emparée du moignon, et qu'elle ait une intensité telle qu'on ne puisse désormais espérer la résolution, tous les moyens usités en pareil cas épuisés, et la réunion immédiate manquée, S. Cooper conseille d'enlever les bandelettes agglutinatives et autres moyens d'union, pour faire cesser la compression du moignon, et de recourir aux antiphlogistiques. Ces accidens inflammatoires réprimés, on n'a plus à attendre qu'une réunion secondaire par les granulations.

On a discuté les avantages comparatifs que peut faire naître, en faveur de la réunion immédiate, le rapprochement des lèvres de la plaie transversalement ou perpendiculairement à l'axe du membre : Hutchinson pense que, quand on a réuni perpendiculairement, le moignon étant placé sur un coussin, la pression doit tendre nécessairement à faire entr'ouvrir la partie inférieure de la plaie et de la sorte empêcher l'adhésion. Préoccupé du besoin de fournir au pus qui peut s'être formé dans la profondeur du moignon un écoulement facile au-dehors, M. Roux fait valoir, en faveur de la réunion perpendiculaire, les mêmes argumens

dont s'appuient d'autres chirurgiens pour la rejetter. Cet habile opérateur préfère la réunion verticale pour prévenir la stagnation du pus dans le moignon, et conseille en outre de ne jamais rapprocher entièrement, dans une assez grande étendue, l'angle inférieur de la plaie. D'après ce que nous avons déjà vu sur les effets d'une certaine quantité de suppuration dans la plaie, cette pratique nous semble, dans la majorité des cas, contraire aux lois qui président à la réunion. Il résulte de nos observations que, si l'adhésion n'a pas toujours exactement eu lieu sur toute la surface de la plaie, du moins elle a rarement échoué sur d'autres points que le trajet étroit qu'occupait les ligatures; que, bien qu'on eût mis dans un contact immédiat l'angle inférieur comme le reste de la plaie, cependant nous n'avons point vu de collection purulente séjourner dans la profondeur du moignon; le pus, s'il s'en était formé quelque part, avait pu s'écouler le long des ligatures, quoiqu'on n'eût point laissé la plaie béante autour d'elles. Du reste, l'oblitération de ce trajet a toujours été rapide après la chute des ligatures, tandis que, si l'on n'a pas osé rapprocher une partie de la plaie à son angle inférieur dans la crainte vaine de voir la suppuration stagner dans le moignon, la cicatrice ne s'y fait que tardivement par le développement secondaire des bourgeons charnus; on associe de la sorte, à la réunion primitive, les longueurs et plusieurs inconvéniens de la réunion secondaire dans une partie de la plaie. A Montpellier, où l'on a poursuivi avec autant de zèle que de talent, les recherches sur la réunion immédiate, on rapprochait en général les plaies des grandes amputations transversalement à l'axe du membre, et les succès nombreux qu'on obtenait par cette méthode sont une preuve irrécusable de sa bonté; quelques chirurgiens anglais accordaient aussi la préférence à cette seconde manière de réunir la plaie et lui reconnaissent autant d'avantages. Dans ce cas, le moignon porte à plat par une large surface sur les coussins et ne tend point

comme dans le premier cas, à s'entr'ouvrir par son propre poids ; on allègue encore une disposition plus favorable de la cicatrice, en cas d'usage ultérieur d'un membre de bois, et quelques autres avantages moins faciles à saisir.

L'expérience a de tout temps appris que la présence des ligatures était un des principaux obstacles à la réunion; aussi beaucoup de chirurgiens ont fait les recherches les plus variées pour parvenir à surmonter ces difficultés; mais malheureusement ces expériences ont eu moins d'utilité que d'intérêt. Partant du principe que les fils des ligatures agissent à la surface des plaies à l'instar de corps étrangers et en raison de leur surface, on a cherché d'abord à en atténuer l'action irritante en coupant près du vaisseau l'une des moitiés du fil et laissant subsister l'autre pour retirer le nœud lorsqu'il vient à se détacher. Cette modification, usitée avant 1797, particulièrement dans quelques hôpitaux de Londres, et dont l'utilité fut démontrée en 1806 par James Veitch, est aujourd'hui généralement suivie, et ses avantages, quoique peu marqués, ne sont pourtant pas à dédaigner.

Les chirurgiens anglais, qui les premiers ont bien étudié le mécanisme de la cicatrisation des artères, s'étant convaincus qu'elle avait lieu toujours à la faveur de la condensation de lymphe plastique fournie par la déchirure de la membrane interne et moyenne, ont donné le précepte, et Jones surtout, contrairement aux idées de Scarpa, de ne plus se servir que de fils minces et de soie pour embrasser le vaisseau et produire la section nette de ces membranes par une constriction modérée. Cette grande réforme, tout en proscrivant les ligatures grossières employées jusqu'alors avec des résultats contraires à ceux qu'on en espérait, a encore tourné à l'avantage de la réunion immédiate, en ne laissant séjourner à la surface de la plaie que des corps du moindre volume possible.

Toutefois, quelque fins que soient les fils dont on fasse

usage, on ne saurait se dissimuler qu'ils déterminent de l'irritation et souvent de la suppuration plus ou moins loin autour d'eux, et s'opposent à l'adhésion primitive dans le lieu qu'ils occupent, dont la cicatrisation n'arrive qu'après leur chute. C'est pour parer à ces inconvéniens que le génie inventif des chirurgiens anglais introduisit dans la pratique une autre amélioration importante qui, quoique modifiée depuis, n'a pourtant été mise en usage que par un petit nombre d'opérateurs. Haire rapporte dans une lettre recueillie par M. Hennen « que déjà, en 1786, un habile chirurgien de ses amis, frappé du trouble et du retard que le contact des ligatures apportait à la guérison des plaies, proposa de couper les fils près du nœud, de réunir et de laisser le tout dans cet état ; en suivant cette méthode, ajoute-t-il, nous voyons les moignons guérir dans l'espace de dix jours. Les courtes ligatures qui restaient trouvaient ordinairement une issue, en peu de temps, par une petite ouverture, et cela sans accidens et sans douleur..... » Le succès de cette méthode est très-satisfaisant si l'on considère, comme l'observe M. Hennen, l'épaisseur des ligatures dont on faisait usage à cette époque. Employée de nouveau avec succès, en 1792, par Wilson dans un cas d'amputation, elle fut, en 1813, fréquemment essayée dans la pratique militaire par M. Hennen lui-même, qui, persuadé de son utilité, non-seulement pour favoriser le succès de la réunion, mais encore pour mettre les ligatures à l'abri de toute violence extérieure et de manœuvres intempestives qui pouvaient en hâter la chute, l'employa pour plus de trente cas différens sans qu'il en résultât le moindre inconvénient, et sans que le peu de soie qui pouvait rester au fond de la plaie produisît la plus légère apparence d'irritation. Ces petits nœuds, dit ce chirurgien, tombaient avec l'appareil ou se présentaient à l'ouverture de petites pustules qui se formaient à la surface des moignons dans des points correspondans aux ligatures des artères ; il y eut un petit

nombre de ces fils qu'on ne retrouva pas, et cependant les malades n'en éprouvèrent aucune espèce d'incommodité. Un an après, M. Lawrence communiqua quelques observations à l'appui de cette pratique à la Société médicale et chirurgicale de Londres, et plus tard cet habile chirurgien, fondé sur une expérience plus étendue, s'en déclara l'un des partisans les plus zélés : il recommande de couper les extrémités des ligatures aussi près du nœud qu'on peut le faire en toute sûreté, et d'employer des fils de soie les plus solides et les plus minces possible ; ceux connus vulgairement sous le nom de soie de dentiste sont, d'après lui, les plus forts en proportion du volume, et offrent le plus d'avantage en même temps qu'ils résistent le mieux à l'effort nécessaire pour diviser les tuniques interne et moyenne de l'artère. Cette méthode n'a jamais eu de résultats fâcheux entre ses mains, et convaincu de sa bonté et des succès qu'on peut en obtenir, employée avec ces modifications et les soins convenables, ce chirurgien en généralise l'application. En diminuant l'irritation et l'inflammation, et en simplifiant le pansement, on évite, dit-il, des inquiétudes au malade, et on épargne des embarras au chirurgien. Persuadé, comme lui, de ses avantages, Delpech est l'un des chirurgiens français qui l'ont employée avec le plus de succès; naguères encore ce célèbre professeur, dont les sciences déplorent la perte, a obtenu les résultats les plus favorables par la réunion immédiate, secondée de cette méthode, dans divers cas d'amputation. M. Roux l'avait lui-même essayée dans trois ablations du sein, sans qu'il résultât aucun accident de la présence de ces morceaux de fil sous la cicatrice. Plusieurs des chirurgiens les plus distingués de Londres professent à ce sujet une opinion non moins favorable.

On a cependant cité quelques observations qui lui sont contraires ; Guthrie ayant vu, dans deux ou trois circonstances, des abcès de mauvaise nature déterminés par la

présence des nœuds de ligatures, n'approuvait cette méthode que lorsque la réunion par première intention paraissait devoir échouer ou ne devait pas être tentée. Si, en effet, elle n'a pas été généralement adoptée, cela tient sans doute à la crainte de voir de semblables accidens déterminés par la présence des nœuds dans la profondeur des plaies.

Dominés par cette appréhension salutaire, et voulant en même temps conserver les avantages que cette méthode offre pour la réunion, quelques chirurgiens se sont livrés à une nouvelle série de recherches. La persistance, ou tout au moins la difficulté qu'éprouvent à être absorbés, dans la plupart des cas, ces bouts de ligatures en fil de soie, ont porté à penser que, faites de substances animales, de corde à boyau, par exemple, elles pourraient, au bout de quelque temps, être ramollies par leur contact prolongé avec les fluides du moignon, et céder ensuite au travail de l'absorption, sans avoir donné lieu aux accidens dont nous parlons. Ce raisonnement, fait *à priori*, semblait devoir être confirmé par l'expérience, et cette méthode a eu en effet entre les mains des chirurgiens anglais des résultats souvent heureux. Il n'en est pas de même en France, où, essayée entr'autres par M. Dupuytren à diverses reprises, et sans doute avec l'habileté ordinaire de ce grand chirurgien, ces ligatures de substance animale, coupées près du nœud, n'ont pu être résorbées, et ont plus tard donné lieu à des abcès qui se sont fait jour à la surface de la cicatrice. Quoi qu'il en soit, cette question, d'une si haute importance pour la réunion immédiate et qui s'y rattache de si près, ne nous semble pas irrévocablement jugée, et nous paraît digne de fixer encore l'attention et l'intérêt des praticiens. Avant de rejeter une méthode dont les résultats pourraient devenir si importans, il semble convenable d'en varier encore l'application, et de lui faire subir toutes les modifications possibles, soit quant à la substance qui doit former la ligature, soit quant à sa préparation.

La torsion des artères avait fait naître, dans ces derniers temps, les plus belles espérances parmi les partisans de la réunion. De tous les moyens connus pour arrêter le cours du sang après les opérations, la torsion est incontestablement le plus remarquable; elle a sur tous les autres l'avantage de ne laisser dans la plaie aucun corps étranger qui l'irrite, y détermine de la suppuration, et fasse de la sorte échouer la réunion. Mais il n'en est pas de même sous le rapport de sa puissance hémostatique; quel que soit le mérite des faits remarquables que l'on a cités en sa faveur, il semble néanmoins qu'elle trouvera rarement parmi les chirurgiens la confiance et peut-être l'habileté nécessaires pour qu'on la mette en pratique. La crainte d'une hémorrhagie prochaine et foudroyante détournera toujours de son emploi des praticiens timides ou consciencieux, habitués à ne rien risquer sur le sort de leurs malades. Cependant la méthode de la torsion des artères gagnait chaque jour de la faveur dans le monde médical, lorsque les judicieuses recherches faites par M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis, sont venues détruire ces prestiges, et ranimer les craintes dont on n'avait pu se défendre dès sa publication. Aussi, malgré les avantages immenses qu'elle pourrait avoir pour la réunion, les dangers dont elle s'accompagne et qui menacent à chaque instant d'éclater, laisseront à peu de chirurgiens assez de sécurité pour oser la tenter; il lui a à cet effet manqué un degré de certitude qu'elle est loin d'avoir encore, et dont elle nous semble à peine susceptible.

En rappelant nos souvenirs, en nous retraçant les sensations et la défiance involontaires que nous éprouvâmes la première fois que nous vîmes des opérés laissés dans l'appareil aussi long-temps que nous l'avons déjà dit, il ne nous est pas difficile de comprendre que cette pratique paraisse d'abord bizarre et périlleuse; à cette époque il était en quelque sorte naturel que des documens sur des

sujets analogues, recueillis dans des pays lointains par des hommes, à la vérité du caractère le plus honorable, paraissent à peine suffisans pour engager à soumettre à l'expérience une méthode si contraire à la pratique généralement suivie. Mais aujourd'hui, rassurés par des faits nombreux à l'aide desquels nous avons pu mieux apprécier divers phénomènes de la réunion et de la cicatrisation en général, la méthode dont nous parlons nous paraît simple et conforme, dans ces cas, au travail réparateur de l'organisme. Est-ce bien en effet après avoir mûrement réfléchi sur ce qui se passe dans une plaie quelque temps après sa formation, et sur les qualités nuisibles ou inertes du pus en contact avec elle, qu'on a si magistralement recommandé de lever le premier appareil, les uns le 3.ᵉ ou le 4.ᵉ jour, d'autres le 5.ᵉ, 6.ᵉ, etc. ? Les accidens dont on menace, si l'on ne se conforme à ce précepte, sont-ils bien réels, ou bien n'est-ce que les traditions d'un humorisme empirique qu'on érige de la sorte en axiômes avoués du raisonnement et sanctionnés par l'expérience ? Il est d'abord certain que le repos le plus absolu du moignon est indispensable pour que la réunion primitive puisse s'opérer. On dirait vainement qu'avec de l'attention et toutes les précautions nécessaires, on peut faire la levée de l'appareil sans imprimer au membre des secousses nuisibles; il semble difficile, et l'expérience le confirme tous les jours, qu'on soulève le moignon, souvent d'un des membres les plus lourds du corps, sans employer des efforts plus ou moins considérables : qu'on puisse enlever des bandages roulés, des compresses qui se croisent en divers sens sur le moignon, et le plus souvent agglutinées par la concrétion des fluides qu'il a fournis; détacher de sa surface une grande quantité de charpie presque toujours adhérente et collée par le suintement de la plaie, sans presser de cent manières le moignon, sans provoquer la contraction des muscles irrités, et imprimer aux deux surfaces de la plaie des froissemens qui les décollent, en entraînent la

suppuration, et font inévitablement échouer l'adhésion par première intention. En outre, lorsque le premier épanchement de la lymphe plastique est entraîné au-dehors avec l'exhalation sanguine de la plaie, l'adhérence, comme l'a dit Hunter, n'a lieu qu'à la faveur d'un épanchement secondaire de cette même lymphe plastique, dû à l'irritation traumatique; or, ces phénomènes du traumatisme ont lieu à-peu-près à l'époque assignée par quelques-uns à la levée prématurée de l'appareil; la nature, traversée dans ses opérations par les pratiques vicieuses de l'homme de l'art, manque son but; et, dans la majorité des cas, la réunion échouant, on attribue à l'organisme des insuccès qui sont le fait du zèle empirique du chirurgien. On sait d'ailleurs que, lors même que l'adhésion primitive s'effectue sans le secours de l'inflammation et peu de temps après l'opération, la membrane interne qui en forme la base demeure fragile pendant quelque temps, et subit des modifications successives avant d'avoir acquis assez de consistance pour résister, sans se rompre, aux secousses qui lui est imprimées par les pansemens. Sous ces divers rapports, la pratique généralement suivie dans les cas de réunion primitive est donc vicieuse.

Et cependant qu'alléguérait-on en sa faveur ou pour la justifier : les dangers du contact aussi long-temps prolongé du pus avec la plaie, et la crainte que ce fluide s'altère et amène ainsi des accidens? Mais d'abord, lorsque l'adhésion primitive a lieu dans toute l'étendue de la plaie, cette objection tombe d'elle-même, et l'on aura à s'applaudir d'avoir insisté sur toutes les circonstances qui en ont amené le succès. Mais si la réunion n'a lieu que dans une partie de la plaie, faudra t-il ne pas en tenir compte, et, pénétré de ces craintes, lever l'appareil aux risques de détruire la portion de cicatrice obtenue pour prévenir les accidens qu'amènerait le contact prolongé du pus avec les surfaces non réunies? Mais on a pu voir, par les observations que

nous avons déjà rapportées, que ces craintes sont chimériques. Voici, du reste, à l'appui de ces faits, le résumé de la pratique et des opinions de M. Larrey sur ce point de doctrine. Après avoir dit que la plaie succédant aux amputations doit être pansée tard, il donne, à l'occasion des fractures compliquées de *larges plaies*, les préceptes suivans qui rentrent dans notre sujet :

« Quelle que soit la fracture, l'appareil doit rester en place et sans être renouvelé, jusqu'à l'époque de la soudure complète de l'os et de *l'entière cicatrisation des plaies*. L'on ne doit point se mettre en peine de ce que peuvent devenir les fluides ou la matière purulente qui s'exhalent de ces plaies; en privant ces solutions de continuité du contact de l'air par les couches plus ou moins épaisses de linge qui forme l'appareil, on les isole, d'une part, de l'humidité et des miasmes insalubres de l'atmosphère, et l'on épargne, de l'autre, au blessé des pansemens douloureux, répétés fréquemment d'après toutes les méthodes usitées. On prévient ainsi le frottement des fragmens osseux causés par les mouvemens imprimés au membre dans chaque pansement, l'irritation locale, l'érysipèle des tégumens, l'inflammation plus ou moins profonde des parties molles, celle des membranes osseuses, et la dénudation des os, leur carie et leur nécrose, enfin tous les accidens qui peuvent porter le trouble dans les organes intérieurs.

» L'action tonique et répercussive des substances spiritueuses, camphrées et albumineuses, dont les compresses de l'appareil sont imbibées, fluidifie les liquides *épaissis* et extravasés, les fait rentrer dans la voie de la circulation, et de concert avec la compression mécanique ramène l'action des vaisseaux et opère de proche en proche une résolution totale. Aussi la suppuration est presque *nulle*, car l'inflammation des organes lésés est en quelque sorte *avortée*. Les fluides qui se sont d'abord échappés de ces plaies dans l'appareil, et que la pression circulaire et uni-

forme de celui-ci a fait exprimer au-dehors, se répandent entre les premières compresses et la périphérie du membre. Une partie pénètre dans l'appareil, s'évapore, et leurs molécules les plus épaisses se concrètent et forment une écorce croûteuse qui se dessèche toujours de plus en plus ; par ce travail combiné d'exsudation et de résolution, le membre blessé se dégage, les vaisseaux rompus des os et des parties molles se rapprochent et s'anastomosent dans tous les sens pour produire la soudure et la cicatrice qu'on trouve en effet formées à la levée de l'appareil. »

Nous avons dû rapporter en entier ce passage, qui confirme, en plusieurs points, la méthode que nous discutons ; quoiqu'il ait surtout pour objet les phénomènes dont s'accompagne la consolidation des os fracturés, il contient plusieurs faits directement applicables à la division des parties molles. En effet, si la permanence jusqu'à guérison et pendant un temps très-long du premier appareil sur les plaies souvent très-larges et profondes qui compliquent les fractures, loin d'occasionner des accidens, les a prévenus; si l'on a trouvé ces plaies parfaitement cicatrisées en même temps que la fracture consolidée, lorsque, après quarante, cinquante jours, etc., on a défait l'appareil, combien doivent être moindres les craintes que pourrait inspirer le séjour de l'appareil, pendant douze ou quatorze jours, sur des plaies succédant aux amputations ou autres opérations ? Au reste, ayant voulu connaître par comparaison les effets de cette pratique sur des plaies réunies *médiatement*, nous avons plusieurs fois été surpris, en en changeant le premier appareil après treize ou quatorze jours, de voir que la cicatrisation en était beaucoup plus active que si on les eût fréquemment pansées ; nous avons été étonnés de la petite quantité de suppuration qu'elles avaient fournie, et qui s'était concrétée dans les pièces de l'appareil, et du bon aspect des bourgeons charnus. Dès ce moment, la cicatrice de ces plaies s'achevait promptement ; aucune n'a revêtu les mauvais caractères

qu'elles prennent souvent à la suite de pansemens fréquens, et qui en retardent si long-temps la guérison. Ces faits démontrent donc que la permanence de l'appareil et le contact prolongé du pus avec les portions non primitivement cicatrisées de la plaie, n'occasionnent point les accidens qu'on pourrait d'abord redouter. Voyons en outre si à cet égard le raisonnement n'est pas d'accord avec l'expérience.

On a évidemment partagé les erreurs et les préjugés du vulgaire, en attribuant au pus des qualités essentiellement délétères. Cette manière de voir était tout au plus permise avant que les sciences physiques eussent acquis cette précision d'analyse qui a donné tant d'impulsion à quelques-unes de nos connaissances. A cette époque, la physiologie abstraite et systématique n'avait pas encore porté le flambeau de l'expérience sur la plupart des phénomènes organiques du corps humain. Aujourd'hui éclairés par tant de découvertes, et mieux en mesure d'apprécier, à l'aide de tous ces moyens d'analyse, les phénomènes que nous soumettons à l'observation, ne sait-on pas à quoi s'en tenir sur ces prétendues qualités nuisibles du pus ? Il n'entre dans sa composition aucun principe qui puisse déterminer les accidens qu'on redoute, et si, lorsque la proportion des sels qu'il contient est augmentée, il peut devenir irritant pour des surfaces étrangères, il ne l'est nullement, comme on l'a dit, pour celles qui l'ont secrété, et constitue au contraire un topique parfaitement en rapport avec leur mode de vitalité. Or, tant qu'il reste à l'abri du contact de l'air dont il est préservé par les pièces du pansement, il n'éprouve aucune de ces altérations qui, dans ce dernier cas, lui impriment des qualités nuisibles en changeant chimiquement sa nature. La levée tardive du premier appareil, loin d'avoir des inconvéniens, préviendra la décomposition du pus, en préservant pendant long-temps et sûrement la plaie du contact toujours nuisible de l'air.

Le pus, ainsi préservé des altérations que pourrait lui im-

primer l'action de l'air, non seulement ne nuit pas à la plaie par un contact long-temps prolongé, mais il est même des cas où il nous a paru avoir alors des avantages. En effet, lorsque la réunion a échoué en quelques endroits, ou qu'elle n'a même pas été tentée, nous avons été quelquefois frappé, comme M. Larrey en a le premier fait la remarque, de la petite quantité de suppuration qui s'était rassemblée à la surface de l'appareil, et qui n'était point en rapport avec celle que fournissent ordinairement des plaies d'égale dimension. Ce topique semble, dans ces cas, agir utilement en maintenant la plaie à un même degré de vitalité, en la préservant d'un excès de phlogose, et rendant ainsi moindres les produits de sa sécrétion. Il est facile de saisir les avantages que cette méthode aurait sous ce rapport, appliquée à des sujets d'une mauvaise constitution, débiles ou épuisés par d'anciennes maladies ou des écoulemens chroniques antérieurs. La malade qui fait le sujet de la 9.e observation présentait plusieurs de ces conditions, et nous paraît avoir confirmé cette manière de voir.

L'inflammation et par suite la sécrétion du pus ainsi en quelque sorte avortées, comme l'a dit M. Larrey, la portion de plaie non primitivement réunie est mieux disposée pour la cicatrice. La membrane qui doit en former la base, protégée d'un côté par une couche de suppuration qui s'est condensée à sa surface, et étant le siège d'une sécrétion moins abondante, se trouve dans des conditions bien plus favorables pour subir toutes les modifications qui la changent enfin en cicatrice, que si elle eût été maintes fois exposée au contact de l'air et irritée par de nombreux pansemens. On en a la preuve dans la promptitude avec laquelle la cicatrice se forme à la suite de la levée tardive du premier appareil sur des plaies dont la réunion primitive n'a réussi qu'en partie, ou n'a même pas été tentée.

Mais a-t-on à redouter la phlébite à l'occasion de cette

méthode de pansement? Jamais dans ce cas nous n'en avons observé le moindre symptôme. Essayons pourtant s'il est possible de saisir les conditions à la faveur desquelles cette affection se manifeste le plus souvent, pour les rapprocher du sujet qui nous occupe.

On a reconnu, depuis quelques années surtout, que la mort, après les grandes opérations, était le plus souvent due à l'altération du sang par le pus, et aux lésions graves que ce fluide ainsi vicié détermine dans un certain ordre d'organes. Cette cause de mort est tellement fréquente, que sur vingt-trois individus victimes des accidens amenés par des amputations, M. Blandin en a trouvé dix-huit dont les veines contenaient du pus à l'état de mélange variable avec le sang, ou rassemblé en collections à la périphérie des organes parenchymateux. Ce point de pathologie chirurgicale est donc de la plus haute importance à cause des fâcheux résultats qui en découlent, et a déjà exercé le talent de quelques-uns de nos praticiens les plus distingués. Or, il règne à ce sujet deux opinions principales : 1.° ou bien le pus trouvé dans les veines ou dans divers organes des amputés prouve l'existence d'une phlébite sous l'influence de laquelle il a été sécrété; 2.° ou bien ce pus a été absorbé à la surface de la plaie pour passer dans les veines, et quelquefois être déposé par elles dans le tissu de divers organes. Sans vouloir reproduire ici les argumens par lesquels les partisans de l'une ou de l'autre de ces deux opinions cherchent à les établir, nous nous bornerons à établir qu'il semble, d'après un nombre imposant de faits bien observés, que c'est le plus souvent à l'inflammation des veines du moignon que sont dus tous ces désordres. Sur trois sujets morts des suites de l'amputation, dont nous avons dû nous même faire l'ouverture, et les seuls chez lesquels nous ayons trouvé du pus dans les veines, etc., nous avons cru reconnaître les signes certains de la phlébite. De plus, il y a peu d'années encore, M. Dance, dont personne

sans doute ne déclinera l'autorité sur ce point de doctrine, comme sur bien d'autres, prié de venir assister, dans les salles d'autopsie de l'Hôtel-Dieu, à l'examen de sujets dont la mort avait été précédée de divers symptômes de résorption purulente, nous a souvent fait voir, lorsqu'on trouvait du pus dans les veines ou autres organes, les parois de ces vaisseaux épaissies, leur membrane interne recouverte de couches pseudo-membraneuses, leurs valvules détruites ou injectées, et d'autres altérations du système veineux, caractères non équivoques de la phlébite. Si donc le pus qu'on trouve dans les veines, les poumons, le foie, dans les membranes séreuses splanchniques ou articulaires des individus morts à la suite d'amputations, est dû à l'inflammation des veines du moignon, n'est-il pas certain, comme nous l'avons déjà démontré, qu'en prévenant cette inflammation par la réunion immédiate associée au renouvellement tardif du premier appareil, on évite ces accidens terribles dits de résorption purulente, loin d'en favoriser le développement.

Mais admettons pour un instant l'opinion contraire; supposons que le pus qu'on trouve dans les veines pénètre dans ces vaisseaux par simple absorption, et ne soit pas le résultat d'une phlébite : dans cette hypothèse même, nous ne voyons pas davantage que cette absorption doive plutôt avoir lieu lorsque l'on retarde la levée du premier appareil qu'à la suite de pansemens fréquens; car, comme nous l'avons déjà vu, non seulement la sécrétion du pus est moins abondante par l'emploi de cette méthode, mais encore ce liquide se condense d'une manière remarquable à la surface de la plaie, par la pénétration dans les pièces extérieures de l'appareil, et la vaporisation de ses parties les plus fluides. Or, diminution notable dans les produits de la sécrétion, et condensation de ces produits à la surface de la plaie, ce sont là deux conditions qui doivent en rendre l'absorption plus difficile et moins fréquente. Du reste, la

résorption purulente devrait s'effectuer le plus ordinairement par les veines d'un calibre médiocre, puisque, comme l'observation l'a prouvé, c'est dans celles-là qu'on rencontre presque toujours ces collections ; or, on sait que la plupart de ces veines sont embrassées par la ligature en même temps que les artères dont elles sont les satellites : le pus qu'elles contiennent n'est donc pas le résultat de leur absorption, puisque leur calibre est oblitéré, et a été, au contraire, fourni par la phlébite causée par les ligatures et l'inflammation générale du moignon. D'ailleurs si, dans ce cas, le pus était réellement absorbé, il devait être pris, pour ainsi dire, par molécules, se mélanger intimement avec le sang, comme cela a lieu pour les autres liquides absorbés et qui lui sont miscibles, et de la sorte devenir inappréciable à l'œil, au lieu de former des collections abondantes; il faut donc conclure de là que le pus n'est pas absorbé par cet ordre de vaisseaux, et les partisans eux-mêmes de cette opinion ont dû se rendre à ces argumens tout logiques et en rapport avec les faits.

Mais est-ce donc les veines d'un gros calibre qui, n'étant presque jamais embrassées en même temps que leur artère collatérale, sont les agens de cette absorption ? D'une part, on ne trouve presque jamais du pus à l'origine de ces gros vaisseaux, comme cela a lieu pour ceux d'un ordre inférieur : nouvelle preuve en faveur de la phlébite que détermine la ligature inévitable de ces derniers; on conçoit de plus avec quelle difficulté l'extrémité largement béante de ces veines exécuterait l'absorption. Cependant pour soutenir jusques dans ses derniers retranchemens l'opinion de l'absorption, M. Maréchal avait imaginé une théorie ingénieuse, sans doute, mais forcée et n'ôtant rien à la valeur des faits contraires que nous venons de rappeler. Cet habile chirurgien, voyant l'impossibilité d'admettre que « les grosses veines largement béantes pompaient le pus par les procédés ordinaires de l'absorption, prétendait que cette

matière était attirée dans les veines ouvertes par l'aspiration que produisent sur ces vaisseaux les mouvemens d'inspiration, et ceux par lesquels l'oreillette droite se dilate. »
Pour que cette théorie fût vraie, il faudrait que, puisque le vide en question se fait surtout sentir dans les gros troncs veineux, on rencontrât le plus souvent le pus dans leur cavité. Or, c'est ce que dément l'observation de chaque jour. Cette dernière hypothèse est donc en opposition avec les faits, et tombe d'elle-même.

Que si maintenant, malgré la nécessité, dans ce cas, du mélange le plus intime du pus avec le sang, et les autres argumens que nous avons vus contraires à cette hypothèse, on veut admettre que le pus est absorbé par des veinules d'un moindre diamètre que celles qui ont été liées avec les artères, nous répondrons que la levée tardive du premier appareil ne doit pas rendre cette absorption plus fréquente. Aux raisons que nous avons déjà données, nous ajouterons que cette absorption ne saurait alors être purement mécanique; qu'elle s'effectuerait comme les autres fonctions auxquelles président les propriétés vitales des tissus, à la faveur de l'influx nerveux que reçoivent les radicules veineuses qui doivent en être les agens. Or, dans ce cas, en pansant fréquemment la plaie dès le principe, on augmente évidemment l'inflammation du moignon; les radicules veineuses y participent comme tous les autres tissus, et peut-être à un plus haut degré, à cause de leur organisation; de la sorte leur vitalité se trouve singulièrement augmentée, et par suite l'absorption devient beaucoup plus active que si l'on eût prévenu ces accidens en ne levant que tard l'appareil. De ces diverses considérations, et d'autres que nous ne pouvons signaler ici, il résulte que la présence du pus dans les veines est due à une phlébite; que pour prévenir ces accidens, il y a de l'avantage à retarder la levée du premier appareil; qu'il en serait encore de même dans l'hypothèse de l'absorption du pus par les veines à la surface de

la plaie. Mais nous venons de faire voir le peu de fondement de cette dernière opinion, dont M. Dance surtout a démontré le vide par une série de belles recherches anatomiques qui lui ont presque toujours permis de constater les caractères non équivoques de la phlébite, et qui sont de nature à porter la conviction dans les esprits.

Extrait d'un essai sur la topographie médicale du Mont-Saint-Michel; par H. LEDAIN, *docteur en médecine, membre de la Société médicale d'Emulation.*

Le Mont Saint-Michel n'est guère connu que des prisonniers et des déportés. J'ai été détenu pendant deux ans dans cette prison; j'ai essayé de faire connaître ce triste séjour. Médecin, condamné pour délit politique, en 1822, dans l'affaire du général Berton, j'ai cru ne pouvoir mieux employer les loisirs de ma captivité qu'en traçant la topographie médicale du pays où je me suis trouvé tout-à-coup transporté.

J'ai soumis la première partie de ce travail à la Société médicale d'Emulation, qui a daigné l'accueillir par une honorable distinction : j'en donne ici un extrait. Quelques occupations m'ont empêché de terminer encore la rédaction de la seconde partie, qui est une suite nécessaire de celle-là, puisqu'elle est spécialement consacrée à la maison centrale.

Le Mont Saint-Michel est une très-petite bourgade qui ne mérite réellement le nom de ville qu'à cause des murailles dont elle est entourée. Situé sur les frontières limitrophes de la Bretagne et de la Normandie, il fait partie du département de la Manche, de l'arrondissement d'Avranches et du canton de Pontorson. Cette dernière ville en est distante de deux lieues. Les autres villes qui l'avoisinent sont Granville au nord, Dol au sud, et Cancale au sud-ouest. La Manche est à un myriamètre à l'ouest. Son flux inonde pé-

riodiquement deux fois par jour, et à des heures variables, suivant les lunaisons, les grèves qui entourent le Mont Saint-Michel, lequel est alors une île véritable.

Quand la mer s'est retirée, il présente une montagne isolée au milieu d'une vaste étendue de grèves. Il a la forme d'une pyramide dont on a applani le sommet pour y établir une église et une abbaye qui servent aujourd'hui de prison. Cette montagne a neuf cents mètres de circonférence à sa base, et cinquante-huit mètres au-dessus du niveau des grèves; elle est formée de roches granitiques.

La grève est entrecoupée par plusieurs petites rivières qui ont leur confluent dans la Manche : les principales sont la Séée et la Sélune, qui viennent d'Avranches, et le Coësnon qui vient de Pontorson. Ces rivières sont très-poissonneuses ; on y pêche surtout beaucoup de saumons. Leur lit a peu de profondeur. Leur cours varie relativement aux sinuosités qu'elles tracent sur la grève. Le sable, que les marées amoncèlent dans leur lit, leur fait changer de direction très-fréquemment. Quand elles viennent à serpenter devant le Mont Saint-Michel, celui-ci est alors d'un difficile accès.

La nature de leurs eaux est tout-à-fait inappliquable aux usages et aux besoins domestiques : on en conçoit la raison.

Les calculs astronomiques établissent l'heure de la pleine mer au Mont Saint-Michel, aux époques des syzygies, à six heures trente minutes.

Les collines qui entourent la baie du Mont Saint-Michel sont cultivées, plantées d'arbres, de forêts, et garnies de bourgs et de villages plus ou moins éloignés. Le plus proche, le village de la Rive, en est à une demi-lieue.

Les arbres qui croissent sur la côte sont le hêtre, le chêne, l'orme. On y cultive le froment, le seigle, l'orge, le maïs ; le bled sarrazin, la pomme de terre, le lin, le chanvre, le pommier à cidre, etc.

Les vents d'ouest, de sud-ouest, de nord et de nord-

ouest, dominent au Mont Saint-Michel. Les deux premiers sont presque constamment accompagnés de pluie. L'exposition de cette montagne au milieu d'une vaste grève, qui n'est abritée par aucune forêt ni par aucune colline assez élevée pour arrêter l'influence des vents, permet à ceux-ci d'exercer toute leur violence. Cependant comme la partie de la montagne exposée au sud-est est la seule sur laquelle on a construit des habitations, celles-ci se trouvent abritées par le revers opposé et par la maison centrale bâtie sur le sommet. Elles sont garanties des vents de nord-est, de nord-ouest; elles reçoivent le sud et l'est. L'ouest est en partie neutralisé par le revers de la montagne.

Il n'en est pas ainsi de la maison centrale : elle est exposée à toute la violence des vents dominans : nous y reviendrons.

Au moment du flux il souffle une brise fraîche qui fait sensiblement descendre la température. Souvent même le vent est violent alors, et pousse la marée bien plus avant dans les terres.

Il y a sur la montagne deux ou trois sources d'eau douce. La plus considérable, au nord, l'est encore trop peu pour fournir aux besoins des habitans. D'un autre côté, aux époques des grandes marées, la mer pénètre dans la fontaine, malgré les murs dont elle est entourée. Il en est de même d'une autre source située au sud; l'eau en est légèrement saumâtre. D'après cela, les habitans du Mont Saint-Michel sont obligés d'avoir recours aux eaux pluviales qui sont conservées dans de vastes citernes revêtues en plomb et situées dans la maison centrale.

Cette eau est mauvaise, surtout l'été. Le défaut d'air dont elle est presque totalement privée, le peu de soin que l'on apporte à nettoyer les citernes, contribuent à donner à l'eau une odeur de putréfaction. Quand elle a séjourné dans un vase on ne peut en supporter le goût; elle est trouble. D'un autre côté, la grande consommation de ce liquide de pré-

mière nécessité, et le peu de capacité proportionnelle des citernes, font que celles-ci ne peuvent souvent suffire aux besoins. Il faut alors aller chercher de l'eau dans des barriques à près d'une lieue, ou attendre un changement dans l'atmosphère. Sous ce rapport on ne pouvait plus mal choisir l'emplacement d'une maison centrale de détention.

Les habitans du Mont Saint-Michel ont une grande confiance dans l'eau qui suinte des fentes d'un rocher au sud-est. Ils la recueillent avec soin, et la disent très-bonne pour les maux d'yeux. Les traces d'oxyde de fer que cette eau laisse sur le rocher d'où elle sort, le précipité noir que j'ai obtenu en y versant une petite quantité de noix de galle, son goût un peu styptique, m'ont convaincu qu'elle contenait quelques sels ferrugineux. D'après cela, elle peut être utile dans les cas d'ophthalmie chronique, et contre plusieurs autres affections où les eaux martiales sont indiquées.

La partie septentrionale du Mont Saint-Michel est hérissée de pointes de roches tout-à-fait stériles, et qui lui donnent un aspect sauvage. Il en est de même de la partie occidentale. Il n'y a presque pas de terre végétale. La pente la plus inclinée entre le sud et l'est a été applauie pour la construction de quelques habitations; on y a apporté des terres qui forment aujourd'hui de petits jardins où il ne vient guère que des légumes.

Les grèves sont formées d'un sable fin, blanc, salé et très-humide. Les agriculteurs du pays se servent avec avantage de ces sables pour amender leurs terres. Quelques habitans s'en servent aussi pour faire du sel, malgré la surveillance extrême des préposés des douanes.

On ne sait point encore au juste à quelle profondeur on peut trouver le solide dans les grèves du Mont Saint-Michel : elle paraît être considérable. Il n'est pas rare de voir des voitures échouer dans les sables, d'où l'on a beaucoup de peine à les retirer.

Si la baie du Mont-Saint-Michel n'était pas arrosée par autant de courans, les grèves finiraient par se consolider, et la mer, loin de les dégrader, s'y formerait des dignes naturelles au bout d'un certain temps, en y amoncelant des sables. Si l'on pouvait creuser un canal capable de recevoir toutes ces eaux courantes, et de les porter au-delà des grèves, la mer finirait par abandonner celles-ci. Ce projet avait été conçu par le maréchal de Vauban. Il y a quelques années, on tenta de le mettre à exécution en creusant un canal qui, de Pontorson, devait passer à l'est du Mont-Saint Michel, et se réunir à la Sélune; le Coësnon devait se jeter dans ce canal. On travailla à cet ouvrage avec beaucoup d'activité, on avait déjà creusé dans un espace de deux lieues; mais quand on fut parvenu dans les grèves blanches, les sables que l'on avait jetés sur les bords du canal s'affaissèrent, et une forte marée de l'équinoxe combla une grande partie des travaux. Cet événement fit abandonner la tentative. Il sert à prouver ce que l'on aurait dû prévoir, ce me semble: c'est que l'on ne peut compter sur la réussite d'aucune entreprise de ce genre, soit canaux, soit digues, qu'en les établissant sur un terrain actuellement solide.

Sous le règne de Henri IV, deux Hollandais avaient proposé d'établir des digues entre la pointe de Carolle et celle de Châteaux-Richeux. Il paraît certain que ces deux promontoires ont des communications sous-marines peu profondes (1). C'est là, en côtoyant les relais de la basse-mer, que les deux Hollandais voulaient construire des digues à la manière de leur pays. Ce projet est resté sans exécution, et son abandon a fait perdre et enlève chaque jour une grande quantité de terrain que la mer envahit aux propriétaires agriculteurs de ces contrées.

Le Mont-Saint-Michel n'offre rien de remarquable en pro-

---

(1) *Voyez* les cartes de Cassini.

ductions spontanées ou industrielles. Le lapin est à-peu-près le seul quadrupède mammifère que l'on trouve à l'état sauvage dans les roches de cette montagne. Ces animaux se tiennent principalement au sud-ouest, où ils se nourrissent de serpolet et de quelques autres plantes herbacées qui croissent dans cette partie. Leur chair est délicate. On rencontre aussi aux environs de leurs terriers quelques putois qui en détruisent plus que les chasseurs.

Les besoins de l'agriculture obligent les habitans à nourrir des chevaux, quelques bœufs et des vaches. Mais ils n'élèvent point ces animaux; ils les achètent quand ils sont assez forts pour travailler. Ils sont d'une mauvaise espèce. Quelques particuliers ont aussi des moutons dont la chair est très-estimée dans le pays : les habitans lui trouvent un goût exquis qu'ils attribuent à la nature des pâturages des grèves. Je ne partage point la bonne opinion qu'ils ont sur la viande de leurs moutons, qui, à mon avis, ne vaut pas celle des moutons du Berry, du Poitou et des Ardennes.

Le bœuf, et plus souvent la vache, que l'on mange au Mont-Saint-Michel, n'est pas de bonne qualité.

Plusieurs oiseaux aquatiques et piscivores de différens genres et espèces fréquentent la baie. La mouette et le goëland sont les plus communs. Des émouchets, des hibous habitent les tours et le clocher de la maison centrale. On trouve encore au Mont-Saint-Michel d'autres oiseaux que l'on rencontre partout.

La mer fournit aux habitans diverses espèces de poissons, telles que des sèches, des plies, des barbues, des anguilles, des saumons, des turbots, des mulets, de petites raies, quelquefois des morues, des sardines.

On ne rencontre sur cette montagne aucune espèce de reptiles venimeux. On y voyait des couleuvres; mais depuis la construction d'une route, creusée dans le roc au sud où elles se tenaient, on n'en apperçoit plus. On y trouve beaucoup de lézards gris et verts. Un préjugé populaire, géné-

ralement répandu dans le pays, a pu seul faire considérer la salamandre, que l'on y désigne sous le nom de *mouron*, comme un animal dont la morsure est mortelle. On sait que ce batracien n'est pas venimeux. Au reste, ce n'est pas sans étonnement qu'on lit dans un grave historien du pays (1), une foule d'absurdités sur le compte de cet animal.

Le Mont Saint-Michel offre les insectes que l'on rencontre le plus communément en France. Il n'y en a aucun de venimeux.

On pêche en grande quantité, des pétoncles, sorte de mollusque bivalve, que les gens du pays appellent *coque*, et dont ils font une grande consommation pour leur nourriture. La mer apporte aussi sur la grève des débris d'autres mollusques tant bivalves qu'univalves; mais on n'en trouve aucun de remarquable. Il n'y a pas d'huitres. On les tire de Cancale.

La baie fournit une grande quantité de chevrettes. On y trouve aussi quelques crabes.

La végétation est très-tardive, non-seulement dans les jardins qui sont sur la montagne, mais aussi dans la partie des grèves soumise à la culture. Les fruits de plusieurs espèces de végétaux y parviennent rarement à maturité; la vigne, par exemple, que quelques particuliers cultivent dans leurs jardins, n'y produit que du verjus. Le climat et le sol de la Normandie ne conviennent point à la vigne. Les divers essais qu'on a faits en ce genre, ont toujours prouvé aux Normands que leur terrain, du reste si fertile, ne pouvait leur fournir d'autre boisson que le cidre.

Indépendamment de la température très-variable, et plutôt froide que chaude, qui règne au Mont Saint-Michel, on doit aussi attribuer à la nature granitique du sol, l'état de la végétation.

---

(1) Gabriel Dumoulin, curé de Manneval, *Histoire de Normandie*; 1631, in-fol., page 7.

Les végétaux qu'on cultive dans les grèves avec le plus d'avantage, sont le froment, l'orge, le maïs, le sarrazin, la pomme de terre, le chanvre, le lin et la luzerne, que les gens du pays appellent *trémelle :* ils en font des prairies artificielles. Ils ensemencent aussi une partie de leurs terres avec un mélange d'orge et de froment à parties égales; ils le nomment *paumelle :* ils en font du pain.

On pense généralement dans ce pays, que les arbres ne peuvent pas croître dans les grèves cultivées, à cause des principes salins dont elles sont abondamment pourvues. Ce préjugé nuit beaucoup à l'agriculture qui est très-peu avancée. Il sert à masquer une autre idée établie sur un fait positif d'intérêt personnel. La crainte des inondations, dont sont sans cesse menacés les propriétaires riverains des grèves, journellement couvertes par le flux de la Manche, éloigne de faire des plantations. Les cultivateurs aiment beaucoup mieux travailler pour eux, et semer pour récolter dans l'année, que de risquer de perdre de plus grandes avances. Voilà, à mon avis, la véritable raison pour laquelle on ne fait généralement aucunes plantations, qui réussiraient au reste fort bien, abstraction faite des inondations qu'elle aurait à redouter.

M. Duruisseau, ancien directeur de la maison centrale, à la bienveillance duquel j'ai dû quelques adoucissemens aux rigueurs de ma captivité, m'a assuré que le terrain fertile des grèves est propre à recevoir et à nourrir avantageusement, sans aucune espèce d'engrais, tout ce qu'on lui confie. Les expériences qu'il a faites à cet égard, pendant dix ans, lui ont prouvé que les arbres fruitiers croissent très-bien. Il a planté aussi des acacias qui poussent avec vigueur. Il a essayé la culture de la garance : elle a réussi. Cette plante croît spontanément sur le Mont Saint-Michel et dans plusieurs endroits de la contrée. M. Duruisseau pense que le peuplier, le tilleul, le maronnier d'Inde, et même le chêne et le hêtre pourraient être cultivés avec avantage dans les

grèves où les habitans ne récoltent que du trèfle, des céréales et des légumes.

Les habitans ignorent tout le parti qu'ils pourraient tirer de l'incinération de plusieurs plantes marines que la mer jette sur la grève et les rochers, ainsi que de celles qui croissent dans le voisinage.

Le règne minéral est aussi pauvre en espèces de cette classe qu'en animaux et en végétaux. Quelques silex, quelques feuilles de mica sont à-peu-près tout ce qu'on trouve au Mont Saint-Michel. Diverses fouilles faites dans les flancs de la montagne, n'ont rien fait rencontrer qui soit digne d'intérêt. Les environs ne sont pas plus riches. On n'y a même pas de pierre pour bâtir. Il faut aller jusqu'à deux lieues pour en avoir. Le granit du Mont Saint-Michel est très-difficile à exploiter.

La petite ville du Mont Saint-Michel est bâtie en amphithéâtre sur le revers sud-est de la montagne, à vingt pieds environ au-dessus du niveau de la mer. Il y a quelques années, les sables apportés par les marées s'étaient insensiblement amoncelés jusqu'à la porte de la ville; il fallait les enlever de temps en temps pour faciliter l'entrée. En 1817, l'une des fortes marées équinoxiales qui produisit tant de ravages dans le pays, menaça d'engloutir les premières maisons du Mont Saint-Michel. La mer pénétra jusque sur la place, et submergea le rez-de-chaussée de quelques habitations. Depuis cette époque de douloureux souvenir dans l'esprit des habitans de cette contrée, de pareils accidens ne se sont pas renouvelés. Au dire même des anciens, la mer ne s'était jamais autant élevée. Les sables qui s'étaient accumulés devant la porte se sont abaissés. En 1824, l'entrée de la ville se trouvait à quinze pieds environ au-dessus du niveau de la grève; on avait été obligé de construire un pavé incliné pour y arriver.

Cette petite ville est bien exposée pour recevoir une salutaire insolation. Elle est à l'abri de tous les vents dominans

dans la contrée. Il n'y a dans son voisinage aucun marais, aucune mine, aucun usine, aucune immondice dont les exhalaisons malfaisantes puissent être amenées par les vents sous lesquels elle est située.

Elle est protégée par de hautes et épaisses murailles flanquées de tours et de bastions. Ces fortifications ont été élevées sur le rocher qui contribue aussi à la défense de la ville. Elle peut très-avantageusement résister à un coup de main. La partie ouest, nord et nord-ouest n'est défendue que par des pointes de rocher à pic, et par un mur de circonvallation nouvellement construit.

L'élévation des remparts nuit à la salubrité des habitations construites au pied de la montagne. Celles qui sont sur des points plus élevés de l'amphithéâtre sont bien préférables.

La ville occupe à-peu-près le quart de la circonférence de la montagne, environ 225 mètres. La superficie de tout le Mont Saint-Michel, en le considérant comme un cône tronqué, peut être évaluée à vingt-six mille cent mètres; or, la superficie que comprend la ville est d'environ six mille cinq cent vingt-cinq mètres.

Il y avait autrefois beaucoup plus de maisons qu'aujourd'hui. On voit encore les ruines de plusieurs habitations détruites pendant les divers sièges qu'a soutenus cette ville. On compte aujourd'hui soixante-dix à quatre-vingt maisons, si toutefois on peut donner ce nom à de misérables huttes qui forment la majeure partie de la ville. La plupart sont groupées dans la partie la plus basse de la montagne. Des jardins ont été établis au milieu des décombres des anciennes maisons.

Toutes ces habitations sont très-peu élevées. La plupart semblent enfouies dans le rocher, et ne reçoivent l'air que par un fort petit nombre d'ouvertures situées d'un seul côté. Cette vicieuse construction empêche le renouvellement de l'air dans ces maisons, dont le rez-de-chaussée, garni de

terre battue, est la partie habitée de préférence. Il faut excepter trois ou quatre maisons appartenant à des particuliers aisés qui n'ont rien négligé pour leur salubrité.

Il règne en général une très-grande malpropreté dans les maisons. Les habitans, qui n'ont chez eux ni égouts, ni latrines, jettent leurs ordures dans la rue, où elles séjournent jusqu'à ce qu'une horrible puanteur force enfin à les enlever. Cette rue, la seule qui existe, est tortueuse, très-étroite, et s'étend depuis la seconde porte de la ville jusqu'à l'extrémité opposée des remparts qui la dominent de plusieurs mètres dans la direction de l'ouest à l'est.

La population du Mont Saint-Michel se compose de trois cents individus environ, sans comprendre la garnison ordinairement de cent hommes. Je fais aussi abstraction de la maison centrale. Cette population n'a pas beaucoup varié depuis la révolution. Je n'ai pu me procurer à ce sujet que quelques renseignemens qui m'ont été fournis par des personnes de l'endroit : les ruines de plusieurs habitations indiquent toutefois qu'avant les guerres de religion qui ont occasionné ces désastres, le Mont Saint-Michel était plus peuplé qu'il ne l'est aujourd'hui.

J'ai consulté les registres de l'état civil de la commune, depuis 1813 jusqu'en 1822 ; ils m'ont servi à dresser le tableau suivant, par l'inspection duquel on pourra juger du mouvement de la population pendant ces dix années. Je ferai remarquer que ces registres contiennent aussi l'état des individus décédés dans la maison centrale. On y trouve aussi les actes de naissance de quelques enfans nés dans cette maison à l'époque où on y renfermait des femmes. Nous n'avons point fait figurer sur notre tableau le relevé de ces naissances et de ces décès qui n'appartiennent pas à la statistique du Mont Saint-Michel proprement dit.

Mouvement de la population de la ville du Mont Saint-Michel, pendant dix ans.

ANNÉES.	NAISSANCES.				TOTAL des NAISSANCES.	MARIAGES.	DÉCÈS.				Total des décès.
	ENFANS LÉGITIMES		ENFANS NATURELS								
	masculins.	féminins.	masculins.	féminins.			masculins adultes.	féminins adultes.	Enfans des deux Sexes.	Noyés des deux Sexes.	
1813	3	4	»	1	8	6	3	1	2	»	6
1814	6	6	»	»	12	3	1	3	2	»	6
1815	2	10	»	1	13	1	2	»	4	1	7
1816	6	5	»	»	11	5	2	3	1	»	6
1817	3	2	»	»	5	3	»	4	2	»	6
1818	6	6	»	»	12	6	»	3	4	»	7
1819	7	5	»	»	12	2	1	3	4	3	11
1820	4	4	»	»	8	4	1	2	5	»	8
1821	3	5	»	»	8	3	1	2	1	2	6
1822	5	7	»	»	12	»	3	1	2	3	9
Totaux.....	45	54	»	2	101	33	14	22	27	9	72

Au nombre des faits assez curieux qui résultent de l'inspection de ce tableau, et des calculs auxquels nous nous sommes livré et dont nous avons exposé les résultats dans notre mémoire, il en est un que nous devons signaler ici : c'est l'excédent des naissances féminines sur les naissances masculines. Ce résultat est contraire à ce qui a lieu généralement ailleurs ; mais aussi il se trouve neutralisé par un excès de mortalité sur les femmes, ce qui est encore contraire à ce qu'on observe presque partout. Il faut sans doute attribuer cette dernière particularité à ce que les femmes du Mont Saint-Michel se livrent à des exercices très-pénibles, que la délicatesse naturelle de leur constitution ne leur permet pas de supporter impunément.

On vit assez vieux au Mont Saint-Michel. D'après les calculs que j'ai faits sur l'âge des individus des deux sexes qui y sont décédés pendant les dix années que j'ai prises pour base du mouvement de la population, j'ai trouvé que le terme moyen de la vie était de 56 ans pour les hommes et 50 pour les femmes.

L'air est habituellement froid et humide dans ce pays. Il est très-souvent chargé de brouillards épais qui durent pendant plusieurs jours de suite, et qui rendent alors les abords du Mont Saint-Michel fort dangereux, vû qu'on peut facilement s'égarer dans les grèves, et être surpris par la marée montante. Il arrive fréquemment des accidens de ce genre.

Ce qui caractérise surtout l'état atmosphérique du Mont Saint-Michel, ce sont les variations brusques et fréquentes dans la température, et que l'on ressent à diverses époques de la journée, suivant l'heure du flux et du reflux. Le matin et le soir sont en général froids. Entre ces deux instans du jour, on éprouve pendant l'été une chaleur considérable, réfléchie par les rochers de la montagne.

Les personnes qui ont l'imprudence de porter des vêtemens trop légers, sont exposées à contracter des catarrhes, des angines, des diarrhées, etc., etc. Le meilleur moyen

d'éviter ces accidens est de mettre très-peu de différence entre les vêtemens d'hiver et ceux d'été. C'est la précaution que j'ai prise pendant tout le temps de mon séjour dans ce pays : elle m'a mis à l'abri des inconvéniens attachés aux localités.

Le Mont Saint-Michel et ses environs ont éprouvé des changemens. Il est difficile de donner des détails positifs sur ce point important de statistique; je n'ai pu me procurer que quelques renseignemens fort peu circonstanciés, et je puis dire peu authentiques. Les chroniqueurs de l'abbaye ne font mention que des miracles opérés lors de la fondation de ce monastère. Ce n'est pas aux faiseurs de miracles qu'il faut s'adresser pour avoir la vérité. Toutefois on peut débrouiller au milieu de ce chaos un fait fort important : c'est que les environs du Mont-Saint-Michel, autrefois plantés d'arbres, peuplés de villages, ont été successivement submergés par diverses irruptions maritimes, qui sont encore à redouter pour d'autres villages actuels, si le gouvernement ne prend aucunes mesures pour les prévenir.

En admettant que le Mont Saint-Michel ait été autrefois entouré par une forêt, comme on le prétend, il devait être alors à l'abri des coups de vents du sud et du sud-ouest si fréquens aujourd'hui.

Quant à la population dans ces temps reculés, quant à l'état physique et moral de cette population, ainsi qu'aux maladies régnantes à ces époques, nous ne possédons aucun document authentique : l'histoire et les traditions sont muettes sur ce point.

Les habitans du Mont Saint-Michel sont en général forts et bien constitués. Endurcis à la fatigue, ils ont des enfans robustes qui partagent de bonne heure les travaux de leurs parens. Les femmes se livrent à des occupations aussi pénibles que les hommes. Elle sont généralement jolies, d'une belle carnation, et bien faites.

Le peuple se nourrit mal. Des coques (pétoncles), du

beurre excellent, et une espèce de gaufre, faite de farine de sarrazin délayée dans de l'eau et cuite sur une poële chaude, font la principale nourriture des habitans, qui vont vendre dans les environs les produits de leur pêche : c'est à-peu-près leur seule industrie. Ce qu'ils en retirent suffit néanmoins à leurs besoins. Ils vivent en général avec simplicité, et n'ont point de goûts disproportionnés avec leurs moyens. Ils sont économes et rangés dans leurs affaires. On ne voit point de mendians parmi eux; chacun travaille. Ils sont pauvres, mais ils ne considèrent point la mendicité comme une profession destinée à nourrir le fainéant aux dépens du riche et de l'homme qui travaille. Au reste, ils ne trouveraient personne qui voulût se priver du strict nécessaire pour nourrir la paresse et l'oisiveté.

Comme tous les peuples des plages maritimes, les habitans du Mont Saint-Michel ont beaucoup d'enfans; mais la manière extrêmement dure dont ils les élèvent contribue beaucoup, je pense, à la grande mortalité qui sévit sur eux, comme on peut s'en convaincre par l'inspection de notre tableau. Exposés dès leur plus bas âge à toutes les intempéries, courant pieds nus sur la grève, ils contractent des maladies graves auxquelles la plupart succombent. Ceux qui échappent à ces dures épreuves, et qui ont été ainsi façonnés à tous les genres de fatigues, font de bons soldats et d'intrépides marins; ils sont très-agiles et habiles à viser au but. Ce genre d'exercice est un de leurs amusemens. Ils sont braves et ne redoutent point le danger. Tous s'exercent à la natation dès leur plus tendre enfance. Si quelqu'accident survient, on les voit accourir aussitôt, affronter les plus grands périls, et compromettre même leur existence pour secourir les noyés. Plusieurs ont obtenu du gouvernement d'honorables récompenses à ce sujet.

Si les habitans du Mont Saint-Michel ont d'excellentes qualités, ils ont aussi des défauts : ils sont en général jaloux des étrangers, et très-enclins à la médisance; beaucoup

sont portés à l'ivrognerie. Comme le vin est à un prix qui excède leurs moyens pécuniaires, ils s'énivrent avec du cidre qui est la boisson ordinaire du pays, ou bien avec de mauvaise eau-de-vie frelatée.

L'ivresse occasionnée par le cidre les plonge dans la stupeur, ou bien ils tombent dans un état de fureur frénétique difficile à contenir. Les gens du pays attribuent aux graines de gui l'effet stupéfiant du cidre. Je crois que c'est un préjugé.

Les habitans du Mont Saint-Michel aiment les querelles et les contestations. La franchise n'est pas en général leur vertu dominante. Il y a toutefois d'honorables exceptions.

Relégués à l'extrémité nord-ouest de la France, ils semblent en être tout-à-fait isolés pour la civilisation, l'urbanité et les usages que l'on remarque ailleurs. Ils conservent encore toute la rudesse scandinave de leurs antiques aïeux qui, chassés de leur âpre climat par la faim et la misère, vinrent porter la flamme et le pillage dans cette partie de la Gaule qui a pris leur nom, sous le règne de Charles-le-Simple.

Ils sont presque tous plongés dans une très-grande ignorance; très-peu savent lire. La superstition est chez eux une conséquence naturelle de leur peu d'instruction.

La commune du Mont Saint-Michel suit la religion catholique romaine, et dépend du diocèse de Coutances : il n'y a aucun individu de la religion réformée.

Le Mont Saint Michel est un pays assez malsain pour les personnes qui n'y sont pas acclimatées. Cette ville, par son élévation et par son éloignement des eaux stagnantes, est soustraite aux influences qui produisent les fièvres périodiques. Ces maladies y sont extrêmement rares, d'après les renseignemens positifs que je me suis procuré à ce sujet. Pendant le temps que je suis resté au Mont Saint-Michel, je n'ai vu qu'un seul individu atteint de fièvre intermittente, qu'il avait contractée aux environs de Pontorson

où il y a beaucoup de marais, et où l'appelaient souvent ses occupations. Parmi le grand nombre de malades qui sont passés sous mes yeux dans les infirmeries de la maison centrale, je n'eu ai vu aucun atteint de fièvre périodique, dans l'espace de près de deux ans.

Parmi les phlegmasies cutanées, la rougeole est l'une de celles que l'on voit sporadiquement au Mont Saint-Michel, au printemps ou au commencement de l'été; je n'y ai vu qu'un seul enfant atteint de cette maladie. La variole a cessé depuis plusieurs années d'y exercer ses ravages. La vaccine a fini par triompher des préjugés, grace aux soins philanthropiques du maire de cette petite commune. Parmi les vaccinés, quelques-uns ont été atteints de la varicelle, ce qui a fait croire à quelques parens que leurs enfans avaient eu la petite-vérole, quoique vaccinés. Cette erreur n'est pas seulement particulière au Mont Saint-Michel, on la rencontre dans beaucoup d'autres endroits, où elle est un des plus grands obstacles à la propagation de la vaccine : c'est aux médecins qu'il appartient de détruire ce préjugé.

La gale et la teigne, affections endémiques dans la Basse-Bretagne, sont très-rares au Mont Saint-Michel. J'ai observé que parmi les détenus qui sont conduits tous les jours dans la maison centrale, presque tous les Bretons ont la gale ou la teigne. Nous nous proposons de revenir sur cet objet dans la seconde partie de notre travail.

Les éruptions herpétiques de diverses espèces sont fréquentes. Ceux qui en sont atteints emploient une foule de pommades et d'onguens que leur vend le charlatanisme. Ces remèdes occasionnent souvent de graves accidens en répercutant ces exanthèmes dont le traitement exige en général beaucoup de soins et de prudence.

Quelques auteurs ont avancé que le poisson occasionne à ceux qui en font un grand usage, des maladies herpétiques, et même la lèpre. Sans discuter ici sur le fondement de cette assertion, je me contenterai de dire que

les habitans du Mont Saint-Michel ne faisant point un usage exclusif de poissons pour leur nourriture, on ne peut point raisonnablement attribuer à cette cause les affections dartreuses dont plusieurs sont atteints. Elles se présentent principalement chez les gens les plus pauvres : or, ce sont précisément ceux qui mangent le moins de poisson ; ils vendent aux plus riches de l'endroit ou des environs les produits de leurs pêches. Il est, je crois, plus raisonnable d'admettre que la malpropreté qui règne en général dans les habitations de ces individus et sur leur personne ; que le linge de corps mal blanchi dont ils se servent, contribuent puissamment à la production des maladies dont nous parlons.

Nous avons vu que le Mont Saint-Michel était exposé à de fréquentes et brusques variations dans la température de l'atmosphère. C'est à cette cause qu'il faut principalement attribuer les angines, les catarrhes pulmonaires plus ou moins intenses, ainsi que les diarrhées que l'on observe si fréquemment et en toute saison parmi les habitans de cette contrée.

D'autres causes me paraissent aussi influer sur la production de ces diverses maladies. Les gens de la basse classe, hommes, femmes et enfans, sont presque continuellement les jambes dans l'eau. Pour vaquer à leurs affaires, pour aller à la pêche, ils ne prennent aucune précaution pour traverser les ruisseaux qui serpentent sur la grève ; il leur arrive même souvent de les franchir quand ils ont le corps tout en sueur. Voilà, ce me semble, assez de causes réunies pour produire les maladies que nous venons de signaler, ainsi que d'autres dont nous parlerons tout-à-l'heure.

Les diarrhées sont surtout très-communes vers le milieu de l'automne, à l'époque où l'on fait usage du cidre nouveau. Cette boisson produit des flatuosités et des dérangemens notables dans les fonctions digestives, mais principalement dans celles des intestins, quand on ne lui a pas

donné le temps nécessaire pour fermenter et se reposer. Les personnes qui continuent à boire de ce cidre nouveau, ou qui croient arrêter leur diarrhée en prenant du vin, des liqueurs alcoholiques, exaspèrent leur maladie qui revêt alors les caractères de l'entérite et de la gastro-entérite : c'est ce que j'ai été à même d'observer. Un régime contraire est celui qui convient en pareil cas.

L'entérite est la maladie qui fait périr le plus d'enfans au Mont Saint-Michel. Cette affection se manifeste chez eux sous l'aspect d'une simple diarrhée avec quelques coliques passagères. Les parens n'y font pas d'abord grande attention : mais les petits malheureux finissent insensiblement par tomber dans le marasme. Leur peau devient sèche et terreuse, leur figure se ride et présente les signes d'une caducité prématurée, le pouls est petit et fébrile, le ventre est tendu et ballonné; les petits malades ne tardent pas alors à périr.

La mauvaise nourriture dont ils font usage, le peu de soin que l'on prend pour les préserver du froid et de l'humidité, sont, à mon avis, les causes principales de cette maladie meurtrière. Indiquer ces causes, c'est indiquer les moyens d'en prévenir les effets.

Les mêmes causes qui produisent les phlegmasies des membranes muqueuses, occasionnent pour la plupart l'inflammation des membranes séreuses et des viscères parenchymateux, quoique dans une proportion moindre.

Parmi les maladies de ces deux ordres, la péripneumonie est celle qui mérite de fixer le plus notre attention. Elle est commune au Mont Saint-Michel : on peut la considérer comme la cause principale du grand nombre de phthisiques qu'on remarque dans cet endroit. On ne pensera pas toutefois que nous ayons l'intention d'avancer que la phthisie pulmonaire soit constamment le résultat d'une phlegmasie primitive du parenchyme pulmonaire. Telle n'est point notre opinion. Nous pensons au contraire que cette terrible

maladie, le désespoir des médecins, est très-souvent héréditaire, et dépend par conséquent d'une disposition constitutionnelle primitive qui se développe tôt ou tard par un concours de circonstances propres à produire la fonte des tubercules que l'on a rencontrés chez des enfans qui n'avaient offert aucun signe de phlegmasie pulmonaire.

Mais pour ce qui regarde les habitans du Mont Saint-Michel, nous pensons que la péripneumonie est la cause la plus fréquente des phthisies qu'on remarque, en grand nombre, parmi eux. Cette phlegmasie, dont le traitement exige des soins prompts et actifs, proportionnés à l'importance des fonctions de l'organe malade, est le plus souvent chez eux négligée ou mal traitée, soit par insouciance sur leur santé en général, soit par ignorance sur la gravité de cette maladie, soit enfin parce que, n'ayant pas de médecin dans leur endroit, ils n'en font appeler qu'à la dernière extrémité. Il arrive alors, ou que le malade meurt avec tous les signes de l'hépatisation du poumon, ou que son affection, passant à l'état chronique, il se forme dans cet organe, des tubercules, des collections purulentes auxquels il finit par succomber. Nous aurons occasion de revenir bientôt sur cette matière (1).

Si les habitans du Mont Saint-Michel prenaient les précautions nécessaires pour se soustraire aux influences toujours nuisibles des variations brusques de l'atmosphère, et qui affectent le plus souvent les organes pulmonaires, ils éviteraient sans doute les maladies nombreuses qui résultent de la négligence de ces préceptes hygiéniques.

Ce que nous disons s'applique aux diverses espèces de rhumatisme et à la goutte, maladies assez fréquentes dans cette contrée. Nous ferons remarquer que l'on confond souvent dans ce pays, la goutte avec le rhumatisme ar-

(1) Depuis peu un médecin et un chirurgien demeurent au Mont Saint-Michel.

thritique, lequel y est beaucoup plus commun que la première. Il faut convenir toutefois que les caractères distinctifs de ces deux maladies ne sont point, dans bien des cas, assez tranchés pour qu'il ne soit pas permis de se tromper à cet égard : il faut toute l'attention d'un médecin expérimenté pour discerner la goutte d'avec le rhumatisme articulaire aigu. M. Pinel dit textuellement que l'analogie qui existe entre ces deux maladies, est très-grande. Il est hors de notre sujet de nous arrêter plus longtemps sur ce point.

Les habitans, et même quelques médecins de la contrée, attribuent ces maladies à l'usage du cidre. Nous ne partageons point cette opinion. Les causes générales que nous avons déjà tant de fois signalées, le tempérament des habitans, en général sanguin, nous paraissent bien plus propres que l'usage du cidre à produire ces affections. Que l'on se rappelle en effet le genre de vie des habitans, on trouvera, dans leur exposition presque continuelle au froid et à l'humidité, la véritable cause des maladies rhumatismales et goutteuses qui les affligent. Tout étranger qui s'abstiendrait de cidre, et qui s'exposerait en toute saison à franchir, nues jambes, les ruisseaux de la grève, contracterait infailliblement les maladies dont nous parlons.

Si le rhumatisme arthritique est plus commun, si, en outre, il attaque d'abord de préférence les membres abdominaux, ainsi que je l'ai observé, et ce qui contribue à faire confondre cette maladie avec la goutte, il faut encore attribuer cette prédilection à la cause que nous venons d'indiquer. Il est tout naturel en effet que l'inflammation affecte d'abord les articulations qui y sont le plus disposées par l'état d'excitation locale dans lequel les a mises la fatigue d'une longue marche. Cette maladie offre ensuite le caractère ambulant qui lui est propre.

D'après tout ce que nous venons d'exposer, nous laisserons les bonnes gens du pays divaguer tout à leur aise sur la cause des affections rhumatismales qui les affligent. Nous

ajouterons seulement que l'eau-de-vie, dont on fait un grand abus dans ce pays, peut contribuer à la production de la goutte. Comment et pourquoi? Je n'en sais rien.

C'est surtout pendant l'hiver et le printemps que l'on observe ces maladies à l'état aigu.

Il est aussi d'autres affections qui, si elles offrent des différences avec le rhumatisme, ont cependant, avec celui-ci, de nombreux points de similitude, ou plutôt d'analogie : je veux parler des névralgies. Toutes les douleurs vagues, intermittentes ou passagères qu'éprouvent les habitans de la contrée, sont mises sur le compte de la goutte. Ailleurs ce sont des rhumatismes.

Les préjugés sur cette première affection sont tellement enracinés dans ce pays, que j'ai vu des parens me consulter pour leur enfans souffrant d'engelures aux pieds ou aux mains, qu'ils regardaient sérieusement comme la goutte. Cette maladie n'est point le partage de l'enfance ; elle en a assez d'autres qui la tourmentent.

Le rhumatisme affecte indistinctement les deux sexes. Il est cependant plus commun chez les hommes.

La phthisie pulmonaire est l'une des maladies les plus fréquentes au Mont Saint-Michel. Sur six individus environ qui périssent par année dans cette commune (*Voy.* le tableau sur le mouvement de la population), deux au moins succombent à la phthisie pulmonaire héréditaire ou accidentelle et consécutive à une phlegmasie du poumon. Cette proportion est effrayante, quand on songe que la population de cette petite ville ne dépasse pas trois cents individus.

En parlant de la péripneumonie, nous avons indiqué les causes qui nous paraissent concourir à la production de la phthisie. Il en est une qui, à mon avis, doit contribuer encore à la rendre commune au Mont Saint-Michel. Les mariages qui s'y contractent n'ont guère lieu qu'entre les habitans qui sont presque tous parens à des degrés plus ou moins

rapprochés. Il résulte de là que les individus issus de parens phthisiques, donnent eux-mêmes le jour à des enfans qui apportent, en naissant, le germe de cette funeste maladie, et qu'ils propageront plus tard à leur tour, si une mort prématurée ne leur permet pas d'aller contracter ailleurs une alliance. Un pareil rapprochement entre les races peut faire présager que la phthisie sera un jour encore plus commune au Mont Saint-Michel qu'elle ne l'est actuellement.

Je ne m'arrêterai point à discuter ici sur l'hérédité des maladies ; cette question a de graves autorités pour et contre. J'émets une opinion en faveur de laquelle les faits et les raisonnemens ne manqueraient pas, si c'était ici le lieu de les produire. Je reviens au Mont Saint-Michel.

En 1823 et 1824, je comptais, dans cette ville, sept phthisiques tant hommes que femmes. Tous avaient cette maladie bien déclarée, ou offraient les signes non-équivoques d'une prédisposition à la voir se développer avec tous ses caractères effrayans, dans un espace de temps plus ou moins rapproché. Ce nombre donne une proportion de un phthisique sur quarante-deux individus, dans une ville de trois cents âmes au plus.

Les personnes qui sont atteintes de cette cruelle maladie, trouvent dans le séjour du Mont Saint-Michel, un climat qui leur est absolument contraire. L'air extrêmement vif de ce pays, quand il n'est pas obscurci par des brouillards, les changemens brusques qui surviennent dans sa température, contribuent à hâter la mort des phthisiques, et à faire déclarer plus promptement cette affection chez ceux qui y sont prédisposés.

Les étrangers qui viennent s'établir au Mont Saint-Michel, avec une mauvaise poitrine, ne tardent pas à s'appercevoir des funestes effets du climat sur leur santé. Des catarrhes répétés, des hémoptysies fréquentes, une petite toux sèche, sont pour eux les tristes avant-coureurs d'une

mort prompte. C'est ce que j'ai eu occasion d'observer plus particulièrement chez les détenus de la maison centrale, pendant tout le temps que j'ai été chargé du service des infirmeries.

Il est une autre maladie qui a, avec la phthisie, des rapports d'analogie très-marqués : je veux parler des scrofules. Les engorgemens ganglionnaires du col, de l'aisselle, etc., ne sont souvent en effet que des signes extérieurs du mauvais état des poumons alors farcis de tubercules.

Les affections strumeuses, qui ne sont pas rares au Mont Saint-Michel, et que l'on observe plus particulièrement chez les individus issus de parens phthisiques, tiennent cependant aussi à des habitations peu salubres, basses, mal aérées, humides, ainsi qu'à une nourriture en général mauvaise. Si le concours de ces circonstances suffit seul pour donner naissance aux scrofules, ces causes doivent à plus forte raison contribuer à leur développement chez des individus issus de parens dont le teint blafard, les chairs molles, le tissu cellulaire empâté, annoncent la prédominance lymphatique et la prédisposition strumeuse. Car, ne perdons pas de vue que les organes ou systèmes d'organes sont d'autant plus disposés aux maladies que la prédominance de leur action ou de leurs fonctions est plus grande relativement aux autres systèmes. Il y a longtemps qu'Hippocrate a proclamé cette grande vérité physiologique, dont une doctrine médicale moderne semble n'être que le commentaire, plus ou moins juste dans ses applications.

La nature des eaux dont on fait usage au Mont-Saint-Michel, aurait-elle aussi une influence sur la production des scrofules? Je n'ose l'affirmer. Je n'ai point eu assez de temps pour faire des observations sur ce point. Je ne pense pas au reste que les eaux puissent exercer une action bien positive sur la production de ces maladies.

Avant de terminer cette première partie de notre travail, nous ferons remarquer que l'habitude où sont presque tous

les gens de ce pays d'avoir les jambes dans l'eau, leur fait contracter des ulcères atoniques et variqueux, maladies très-rebelles chez eux par le peu de soins qu'ils prennent pour en arrêter les progrès et en opérer la guérison.

Ils sont en outre exposés à faire des chutes, à se luxer ou à se fracturer quelque membre. Obligés de marcher sur un sol très-inégal, tel que l'est nécessairement celui d'une montagne, ils trouvent dans cette particularité de leur séjour la cause des accidens assez fréquens dont nous parlons.

Dans la seconde partie de notre travail, nous présenterons quelques observations sur la maison centrale du Mont Saint-Michel; sur le régime des détenus, leurs mœurs, leurs maladies; ayant été prisonnier moi-même pendant plus de deux ans, j'ai été à portée de faire à ce sujet quelques réflexions qui ne seront peut-être pas sans intérêt.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Recherches expérimentales sur les effets de la perte de sang; par M. MARSHALL HALL, *M. D.* (1).

« Un examen approfondi des effets résultans de la perte du sang chez l'homme, par la saignée ou par l'hémorrhagie, m'a convaincu que tant de questions restent encore dans l'obscurité, que des recherches expérimentales étaient non seulement à désirer, mais d'une haute importance.

» 1.° Dans ce but il m'a paru indispensable de déterminer les effets de la perte du sang, dans des circonstances indépendantes de toute maladie ou de tout autre état anormal du système.

---

(1). *Medico-Chirurgical Transactions.* T. XVII. 1832.

» 2.° Il m'a semblé aussi très-important d'établir la différence qui existe dans les effets de la perte du sang dans les divers âges.

» 3.° De plus, j'ai cru nécessaire de remplir une lacune que présentait mon dernier travail, en déterminant avec plus d'exactitude et d'une manière plus évidente les différens changemens organiques produits par la perte de sang.

» 4.° Comme, d'un côté, la saignée est le moyen le plus puissant que l'art ait à sa disposition, et que de l'autre l'hémorrhagie est une maladie très-grave, il est de la dernière importance de fixer les règles et les limites qui doivent faire prescrire la première, et de rechercher les remèdes les plus efficaces pour combattre la dernière.

» Les observations contenues dans ce mémoire sont consacrées à l'examen des effets de la perte du sang chez les animaux adultes. On peut les diviser de la manière suivante : 1.° syncope; 2.° réaction excessive; 3.° défaillance graduelle; 4.° mort instantanée; et 5.° changemens organiques.

» Pour les autres parties de ces recherches, et particulièrement pour ce qui regarde les effets de la perte de sang chez les jeunes sujets, elles seront examinées dans une autre communication.

» L'exactitude des expériences suivantes ne peut être révoquée en doute; car elles ont été faites sous les yeux et avec la coopération du docteur Hope et de M. Field; d'ailleurs, les résultats ont été si souvent observés, et rédigés à l'instant même avec tant de soin, qu'il n'y avait pas moyen de tomber dans l'erreur.

» 1.° *De la syncope.* — On peut considérer la syncope comme le premier des effets réels de la perte du sang. Plusieurs précautions sont indispensables pour produire cet état : 1.° l'animal doit posséder un certain degré de force; 2.° le sang doit être tiré avec assez de vitesse; et 3.° la position doit être plus ou moins élevée. Si une ou l'ensemble

de ces conditions manquent, au lieu de produire la syncope, on causera un état à-peu-près semblable à celui de la mort, et très-distinct de la syncope.

» Tous les phénomènes de la syncope paraissent être produits par la soustraction subite du sang du *cerveau*. La langueur des yeux et de l'expression, l'essoufflement, la cessation ou la diminution extrême de la fréquence et de la force des battemens du cœur et des artères, la perte d'appétit, les nausées et le vomissement, la faiblesse des muscles volontaires et le relâchement des sphincters de la vessie et du rectum, paraissent avoir la même origine.

» La vérité de cette observation, quant à quelques-uns de ces phénomènes, est mise hors de doute par l'influence de la position. On peut renouveler les phénomènes les plus remarquables de la syncope, lors même qu'ils ont tout-à-fait disparu, en mettant l'animal dans une position telle, que sa tête soit aussi élevée et les autres parties du corps aussi abaissées que possible. Si dans ce moment on applique l'oreille à la région du cœur, on trouve que son action, qui était très-perceptible avant le changement de position, est suspendue ou tellement affaiblie qu'on a peine à l'entendre. Au contraire, on remarque, au moment où l'on change la position de l'animal, qu'il lève la tête, regarde autour de lui; sa respiration, quoique gênée par une position si incommode, est en grande partie rétablie, et les pulsations du cœur se font sentir à l'instant, et en peu de temps deviennent bruyantes et fortes.

» L'influence de la position sur l'action du cœur dans les cas de syncope, est un des faits les plus intéressans; elle a été constatée et vérifiée à plusieurs reprises dans les expériences ci-après-détaillées. Cette influence est à l'instant évidente et positive. La position droite fit cesser l'action du cœur; la position inverse la rappela, et même plus promptement. A mesure et en même temps que diminuait l'action du cœur, on observait l'abaissement de la lèvre inférieure

et l'essoufflement, de telle sorte que celui qui examinait l'animal, savait très-positivement ce que l'autre entendait en auscultant les battemens du cœur. »

Il paraît évident d'après ces faits, que la syncope dépend principalement de l'état du cerveau, et que celui du cœur lui-même n'exerce qu'une influence secondaire sur la production de ce phénomène.

Toutes les fonctions sont affectées par la syncope, mais d'une manière correspondante à l'intensité de son action. L'abaissement de la tête et de la paupière, la démarche chancelante, l'essoufflement et les soupirs, l'affaiblissement des battemens du cœur et du pouls, le dégoût pour les alimens, s'observent dans les syncopes légères; mais dans celles qui sont plus intenses, la respiration est laborieuse, et exécutée principalement par le diaphragme; il existe aussi des nausées et des vomissemens, et les intestins sont non seulement affectés, mais il y a en même temps relâchement du sphincter de l'anus. Un tel état de syncope n'est pas sans danger pour la vie.

Dans les phénomènes de syncope, un soupir forme le premier anneau de la chaîne, et le vomissement, le relâchement du sphincter, le dernier. Si les phénomènes sont plus graves, la mort peut s'ensuivre. Ce n'est que dans ces cas de syncopes les plus fortes que le vomissement arrive; mais un dégoût pour les alimens existe même dans les formes les plus légères.

Si l'appétit ne se rétablit pas après un court espace de temps; si la respiration reste toujours profonde ou laborieuse, il y a lieu de craindre la mort, quoique les battemens du cœur et du pouls paraissent un peu rétablis. C'est d'après l'état de l'appétit et de la respiration que l'on peut juger du degré de danger où se trouve l'individu.

L'auteur a remarqué que la syncope qui résulte d'une seconde saignée, et particulièrement d'une troisième, pratiquée chez le même animal, est beaucoup moins tranchée que la

première. L'animal est plus affaibli, mais la syncope perd beaucoup de son intensité.

2.° *De la réaction excessive.* — Après une syncope légère causée par la saignée, un animal revient à lui promptement, l'action du cœur et des artères se rétablit dans son état ordinaire, et on peut nommer ***réaction*** l'état qui indique ce retour à l'état de santé ; il paraît s'effectuer en vertu d'une loi inhérente à la constitution animale.

L'animal se rétablit complètement d'une première ou d'une seconde syncope. Mais si on continue de pratiquer d'autres saignées, à des intervalles et en quantités tels que la vie ne soit pas menacée, la respiration dépasse les limites de l'état de santé, et présente un phénomène singulier et très-intéressant.

De même que la syncope paraît résulter d'abord d'une condition particulière du cerveau, aussi la réaction excessive est due évidemment à une affection du cœur.

Il faut encore faire une autre distinction; c'est que, dans la réaction excessive, les fonctions du cœur et des artères sont seules affectées. La respiration peut être accélérée, mais l'œil est brillant, la physionomie de l'animal expressive, et l'appétit bon.

Ce qui paraît prouver que la réaction excessive dépend seulement du cœur, c'est que aucun changement de position ne produit le moindre effet. Quand la réaction excessive a lieu, on peut maintenir l'animal pendant long-temps dans la position droite, sans causer ni essoufflement, ni cessation de l'action du cœur ou des artères.

Il semble raisonnable de dire que dans tous les effets de la perte de sang, la syncope exceptée, la fréquence des battemens du cœur est augmentée. Dans la syncope elle est diminuée.

Dans la réaction excessive, l'action du cœur et des artères est accompagnée d'un frémissement particulier, et celle du cœur est caractérisée par un bruit de scie ou de rape,

auquel on a donné le nom de *bruissement*, et qui se fait entendre très-distinctement en appliquant l'oreille sur la poitrine. La pulsation des petites branches artérielles, imperceptible dans l'état de santé, devient très-marquée.

Dans des cas extrêmes, on observe non seulement que le cœur, les carotides et les artères crurales battent avec violence, mais encore on sent et on aperçoit même un mouvement pulsatif de la tête. D'ailleurs le cerveau ne paraît aucunement affecté.

Dans la réaction excessive, le travail d'assimilation n'éprouve aucune interruption dans certaines limites. Un des chiens soumis à une perte de sang, au lieu de perdre, gagna une demi-livre en poids, quoiqu'il eût été saigné sept fois et qu'il eût perdu 35 onces de sang dans l'espace de sept jours.

L'effet immédiat de la syncope est de diminuer la température; celui d'une première réaction est de l'augmenter. Dans le premier cas, la température tomba quelquefois au-dessous de 35°, 50 centig., et dans l'autre elle s'éleva souvent jusqu'à 38° cent., la température naturelle étant à 37.° Dans ces expériences on plaça le thermomètre très en arrière dans la gueule, entre les dents et la joue.

Dans l'état de réaction excessive, l'ablation d'une petite quantité de sang de plus affecte la respiration, mais l'animal revient bientôt de l'état d'affaissement et ne perd pas son appétit.

Dans la réaction excessive, non seulement la réaction est augmentée, mais le bruissement observé dans l'action du cœur peut induire en erreur en donnant l'idée d'une maladie de cet organe ou de ses valvules.

3° *De la défaillance graduelle.*—L'état de syncope n'est pas difficile à produire. On n'a, dans une première saignée et pendant que les forces de l'animal ne sont pas diminuées, qu'à tirer une quantité suffisante de sang. L'expérience n'entraîne aucun danger, et elle est suivie d'une réaction qui, en général, ne dépasse pas les limites de la santé.

Il n'est pas plus difficile de produire la réaction complète. Une quantité modérée de sang tirée tous les deux jours donne lieu, dans un court espace de temps, à une succession remarquable de phénomènes qui déterminent cette réaction. Cependant, dit l'auteur, j'ai éprouvé une extrême difficulté à produire l'état de défaillance graduelle. Quand les saignées sont modérées, l'animal revient bientôt; si on tire du sang en plus grande quantité, il s'ensuit un état d'anéantissement, et non pas une défaillance graduelle; l'animal meurt pendant la nuit.

Les phénomènes observés dans les expériences n.os II et IV se rapprochent le plus de l'état de défaillance; cependant ils consistent dans un trouble et une langueur plutôt des fonctions de la respiration que de celles du *système nerveux* qu'on observe dans l'abattement simple, comme j'ai eu plusieurs fois l'occasion de le constater chez l'homme. Ces phénomènes sont néanmoins d'une nature fort intéressante; entre autres on peut signaler en particulier l'état de la cornée, observé dans plusieurs des expériences suivantes.

Chaque fois que l'animal persista à refuser la nourriture pendant des heures entières, la mort s'ensuivit toujours. Les légers mouvemens spasmodiques observés dans les oreilles et dans une des pattes du chien, dans l'expérience n.° VI, furent évidemment un symptôme fatal. L'état plus bruyant de la respiration pendant la vie, l'épanchement dans les bronches, un léger degré d'œdème du tissu cellulaire des poumons après la mort, montrent très-clairement la continuation (pendant un court intervalle, au moins), du véritable état d'abattement ou de défaillance d'énergie nerveuse.

4° *Des phénomènes qui précèdent la mort.* — La résolution des forces, aussi bien que la syncope, est probablement due à une affection du *cerveau*. Chez un des animaux soumis à l'expérience, en examinant les effets de la position, on observa un mouvement convulsif des yeux et des symptômes de résolution, au lieu d'une simple syncope, lors-

qu'on le tenait dressé sur ses pattes de derrière. Dans la position inverse, l'action du cœur ne se rétablit pas, quoique aucun symptôme n'indiquât un danger si imminent.

La résolution imminente, mais non immédiate, se reconnaît à une respiration profonde et thoracique, distinctement entendue par l'oreille appliquée à la poitrine. La résolution est plus imminente encore, quand la respiration est laborieuse et exécutée principalement par le diaphragme et les muscles abdominaux, et qu'en même temps elle est irrégulière et accompagnée de soupirs. Le danger est encore plus grand, quand l'animal pousse des gémissemens qui sont suivis en général par un hurlement particulier et quelquefois même par l'aboiement. Enfin, au moment de la mort, on remarque des mouvemens profonds et convulsifs d'inspiration, et les dernières inspirations ont lieu à des intervalles plus ou moins longs.

Les battemens du cœur et du pouls s'exécutent quelquefois avec force et régularité au milieu des symptômes de la résolution.

Au plus fort de cette scène, le sphincter de l'anus est souvent relaché, et les matières fécales s'échappent spontanément après le dernier soupir ; on peut encore voir, sentir et entendre le cœur battre avec une certaine force, et le pouls, dans l'artère fémorale, est encore très-distinct. M. Hall a eu l'occasion de constater ces phénomènes dans beaucoup de cas ; et dans l'un d'eux, ils se prolongèrent pendant plusieurs minutes. La série des phénomènes que nous venons de décrire démontre clairement que les fonctions du cerveau sont les premières altérées dans l'agonie, de même que dans l'état de syncope. Du moment que le cerveau cesse d'agir, la respiration est suspendue, et cependant l'action du cœur et des artères persiste. Les fonctions de ces dernières cessent à leur tour, et en même temps sans doute celles des vaisseaux capillaires ; dans la syncope, mais particulièrement dans l'agonie, les oreilles, les lèvres et les pattes perdent leur chaleur.

Dans les cas où l'animal se rétablirait si on le laissait dans la position horizontale, la verticale peut être suivie de résolution immédiate. Cette position, qui amène la syncope dans un cas, peut produire des convulsions et la mort dans un autre. C'est ce qui a été constaté dans l'expérience III. Ce fait, comme on peut le voir, conduit à beaucoup d'idées pratiques. On a eu souvent occasion d'observer qu'une mort subite est résultée inopinément d'un effort ou de la position verticale chez l'homme affaibli par une hémorrhagie abondante.

5° *Altérations organiques.* — *Cerveau.* — Si l'animal meurt des effets d'une, deux ou trois saignées, la couleur du cerveau et des autres viscères ne paraît pas changée à un degré remarquable. Chez les chiens sur lesquels M. Hall a fait les expériences n°ˢ I et III, et dans lesquelles trente-deux onces et dix-huit onces de sang ont été tirées à chacun des animaux, le cerveau, les poumons et les viscères abdominaux paraissent contenir leur quantité ordinaire de sang. Les caractères anatomiques du cerveau étaient tout-à-fait naturels.

Si, au contraire, l'animal a survécu plus longtemps à la perte de sang, alors on trouve le cerveau, les poumons, l'estomac et les intestins pâles et exsangues. Ces caractères étaient très-tranchés dans l'expérience sur le chien, n° V; le cerveau était aussi pâle que les autres organes et sans aucun épanchement dans les ventricules, ni à sa surface extérieure. L'opinion du docteur Kellie, qui pense que dans un cas pareil, il y aurait un épanchement considérable de sérosité, ne parait donc pas exacte. Dans ce dernier cas, le chien (un jeune épagneul assez maigre) avait perdu vingt-neuf onces de sang, dans l'espace de *quatre jours.*

Dans l'expérience n° II, cinquante-six onces de sang furent tirées dans l'espace de dix-sept jours. Pendant plusieurs jours, on observa des symptômes évidens de réaction. L'animal mourut immédiatement après la dernière saignée,

de sorte que, pendant tout le cours de l'expérience, le véritable état de défaillance (*sinking*) ne se manifesta pas. On trouva le cerveau moins blanc que dans l'expérience V; mais il y avait, entre la dure-mère et la pie-mère, un épanchement considérable s'étendant dans les ventricules. Cet épanchement était probablement dû à l'état de réaction qui avait si longtemps persisté.

Dans les expériences VI et VII, dans lesquelles soixante-sept et quarante-huit onces de sang furent tirées à chacun des animaux, il y eut moins de réaction; en effet le but que M. Hall se proposait dans ces cas était d'éviter la réaction et d'amener la défaillance. Il n'y eut donc point d'épanchement, mais le cerveau était plus pâle.

Poumons. — C'est seulement dans les sujets des expériences n.os VI et VII, auxquels on avait tiré 67 et 48 onces de sang, qu'on observa une désorganisation importante; dans ces cas, il y eut des traces d'emphysème, de congestion, ou des points d'hépatisation des poumons; en outre, un liquide s'écoulait des bronches et des cellules aériennes, lorsque on les divisait avec le scalpel. Ces phénomènes dépendaient évidemment de l'état de défaillance, quoique celle-ci n'eût pas duré long-temps.

Cœur. — On trouva presque généralement du sang dans le côté droit du cœur. Dans les expériences n.os II et III, l'examen, fait immédiatement après la mort, montra le ventricule gauche complètement vide. Mais dans l'expérience n.° IV, quoique l'ouverture fût faite aussitôt après la mort, on trouva dans le ventricule gauche une grande quantité de sang.

On trouva presque toujours la *rate* diminuée de volume.

6.° *De la circulation.* — 1.° Le sang s'étant séparé en sérum et en caillot, la proportion du dernier fut d'abord plus grande que celle du premier; mais cette proportion changea graduellement, et la quantité du sérum augmentait pendant que celle du coagulum diminuait.

Dans plusieurs cas, mais non pas dans tous, on remarqua qu'une substance semblable à de la crême flottait sur le sérum. L'analyse faite par le docteur Prout montra que cette substance consistait dans une matière huileuse, soluble dans l'éther. Le papier joseph l'absorbait très-promptement, et après la dessiccation du papier il restait une tache transparente. M. Hall pense que ce phénomène doit avoir quelques rapports avec l'amaigrissement, et qu'il est probablement causé par l'absorption de la graisse qui est ainsi portée dans le torrent de la circulation. Dans un cas seulement il y eut une apparence de couenne inflammatoire; ce fut dans l'expérience n.° VII; et il est digne de remarque que, dans ce même cas, la proportion du caillot comparée à celle du sérum fut constamment la plus grande dans le sang de la plupart des saignées, et qu'en même temps le caillot fut moins résistant et moins ferme.

Du pouls. — Le pouls devient quelquefois plus lent, et d'autres fois plus fréquent par la perte du sang. On observa constamment le premier de ces effets quand, le pouls n'ayant auparavant qu'une fréquence modérée, la syncope avait lieu, et dans tous les cas où le pouls était très-fréquent avant la saignée; et le second s'observa dans toutes les autres expériences.

3.° *De la circulation capillaire.* — L'effet de la syncope fut très-évident dans la circulation capillaire. La conjonctive blanchit, les oreilles et les pattes devinrent froides. Dans ces expériences on appliquait le thermomètre dans l'arrière-bouche, entre la joue et les gencives, et dans cet endroit il s'abaissait en général sous l'influence de la syncope. Il est probable qu'il n'en aurait pas été de même dans le creux de l'aisselle.

7.° *Conséquences pratiques.* — Les expériences ci-dessus mentionnées peuvent démontrer l'extrême difficulté d'apprécier l'état de danger immédiat résultant de la perte de sang pendant que l'animal reste dans la position horizontale. Il

n'existe aucun phénomène qui indique clairement ce danger.

» Dans le cours de ces expériences, j'éprouvai, dit M. Hall, une difficulté constante, résultant du manque de données exactes pour limiter l'étendue à laquelle je devais fixer l'écoulement du sang : cette règle ne manque pas au chirurgien vétérinaire qui peut toujours tenir le cheval dans une position convenable ; la même facilité se présente au médecin qui n'a qu'à placer le malade dans une position droite. Mais le chien est sujet à changer de la position droite à la position horizontale, et dans celle-ci on peut tirer trop de sang avant qu'il y ait preuve que la quantité est suffisante.

» D'après les observations faites sur l'homme, et d'après celles que j'ai recueillies dans ces expériences, je suis convaincu que la saignée ne doit jamais être pratiquée dans la position horizontale. La quantité de sang retirée, quoique très-modérée en apparence, peut être excessive comparativement à la force de la constitution de l'individu. Mais si on choisit la position droite, l'apparition de la syncope limite l'écoulement du sang, et le changement à la position horizontale fournit un moyen instantané d'éviter le danger ou d'y remédier.

Dans l'état de réaction excessive, un épanchement de sang à la surface du cerveau peut avoir lieu très-facilement. Il est donc très-important de surveiller les malades avec une extrême attention dans des circonstances pareilles.

Nous avons constaté aussi qu'on court beaucoup de risque de confondre l'état de réaction excessive avec les maladies du cœur et de ses valvules. Pour ces raisons un diagnostic exact est de la plus haute importance.

(*La suite au Numéro prochain.*)

Morve communiquée à l'homme par une inoculation accidentelle ; observation recueillie par le docteur WILLIAMS (1).

G. Jackson, de petite taille, d'une constitution robuste, âgé de 23 ans, maquignon, entra à l'hôpital Saint-Thomas de Londres, le 31 janvier; il éprouvait depuis quinze jours une sorte de resserrement de la poitrine, avec douleur dans l'hypocondre droit et la région lombaire, accompagnée d'un sentiment de courbature et de fatigue continuelles. La physionomie du malade exprimait la tristesse; la langue était couverte d'un enduit brun-jaunâtre à sa partie moyenne, et rouge aux bords et à la pointe; soif habituelle, sans perte d'appétit; deux évacuations alvines par jour; peau moite et un peu plus chaude que dans l'état normal; sueurs abondantes chaque nuit. Le malade rapportait qu'il était tombé de cheval sur le dos, trois mois auparavant, et qu'il ressentait quelque douleur dans cette région. En résumé, on n'observait aucun symptôme qui pût faire considérer son état comme grave. On prescrivit deux grains d'ipécacuanha à prendre toutes les quatre heures, et une diète lactée.

Le lendemain, 1er février, l'état du malade était le même; dans la nuit, il avait eu une sueur très-abondante avec un peu de céphalalgie ; ses réponses étaient quelquefois justes, et dans d'autres momens elles annonçaient un trouble dans les fonctions cérébrales; la langue, dont l'aspect était le même que la veille, était tremblante ; de fréquentes secousses convulsives agitaient tout le corps, et étaient suivies d'un tremblement général; douleur dans les membres. Un vésicatoire, qui avait été appliqué sur le bras du malade avant son entrée à l'hôpital, commence à s'ulcérer, en répandant un pus fétide et de mauvaise nature. On le recouvre d'un cataplasme émollient.

---

(1) *London med. Gaz.*, et *Annali univ. di Med.* Mars 1833.

Le 2 février, la transpiration continue, à des degrés différens, pendant toute la journée et la nuit; délire pendant la nuit; douleur aiguë au front et au sommet de la tête; physionomie plus abattue; persistance de l'appétit. On suspend l'administration de l'ipécacuanha, lorsqu'il y a cinq ou six selles par jour. Urine abondante et limpide; pouls dur et plein. (Dix-huit sangsues aux tempes.)

Le 3, la diarrhée persiste; la céphalalgie et le délire sont moins prononcés. On fait prendre, après chaque évacuation, un gros de teinture de kina dans deux onces d'une décoction de cachou. Le 8, nul changement dans les symptômes; la suppuration du vésicatoire est toujours excessivement fétide; tout le corps exhale une odeur fade particulière; la diarrhée a cessé. Le 10, dans la nuit précédente, la violence du délire a nécessité l'emploi de la camisole de force; sueur très-abondante; les mouvemens convulsifs des membres se renouvellent plus souvent; trois selles dans la journée; abdomen insensible à la pression. Depuis deux ou trois jours le malade se plaint moins de la douleur des reins et de l'hypocondre, mais il en accuse de violentes dans tous les membres; une tuméfaction, avec rougeur de la peau, se manifeste sur l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt indicateur gauche; elle a tout l'aspect d'un gonflement dû à une inflammation rhumatismale; une tumeur semblable se développe sur le coude-pied droit. (On applique dix autres sangsues aux tempes.)

Le 11, délire moins violent; de temps en temps, intervalles lucides; langue sèche, couverte d'un enduit brunâtre; sentiment de chaleur dans l'arrière-gorge et douleurs générales; les autres symptômes persistent au même degré; les dernières morsures de sangsues s'enflamment et suppurent; le gonflement des articulations indiquées est toujours le même. Le malade prend toutes les quatre heures la préparation suivante : sulfate de magnésie, deux gros; teinture de jusquiame, quinze gouttes; mixture camphrée,

deux onces. — Même régime. Le 12, les morsures de sangsues de la tempe droite laissent écouler un pus brunâtre très fétide, et présentent un commencement de gangrène; la paupière de l'œil droit est gonflée et enflammée; le pouls est petit et faible. On ajoute à la mixture huit gouttes de teinture d'opium; on donne quatre onces de vin par jour au malade, avec un peu de crême de sagou; on applique un vésicatoire à la nuque.

A deux heures de l'après-midi, la suppuration et la gangrène de la tempe droite ont beaucoup augmenté; l'œil de ce côté est complètement fermé. A six heures du soir, les paupières de l'œil gauche commencent à se tuméfier, l'agitation du malade est extrême. Au milieu du front, à un pouce et demi au-dessus de la racine du nez, on voit se développer une tumeur dure, rougeâtre, et bleuâtre à son centre. Une humeur jaunâtre s'écoule de la narine droite. En examinant le malade, on découvre d'autres tumeurs semblables sur les bras, les jambes, deux ou trois grosses sur le côté gauche du cou, entourées d'une auréole inflammatoire; soif ardente, pouls petit, battant 120 fois par minute; l'agitation générale est extrême : on augmente la dose du vin.

Le 15, la gangrène a envahi toute la tempe droite; l'œil gauche est, comme le droit, entièrement recouvert par les paupières tuméfiées : l'écoulement sanieux est très-abondant. De nombreuses tumeurs se sont développées sous le cuir-chevelu. Le malade se plaint d'un sentiment de brûlure dans le gosier et le nez; plusieurs nouvelles tumeurs sont apparues sur diverses parties du corps. Le médecin, qui jusqu'alors avait pris tous ces accidens pour une affection rhumatismale, fait appeler M. Elliotson. Ce fut à ce moment qu'on apprit du malade que, trois semaines avant son admission à l'hôpital, il soignait un cheval atteint de la morve; qu'à cette époque il avait sur le dos de la main une petite plaie, sur laquelle s'était souvent écoulé le mucus

puriforme qui sortait des nasaux de l'animal : il se contentait de s'essuyer avec la manche de son habit. En effet, en examinant la main droite du malade, on vit une cicatrice qui n'était pas encore complètement fermée.

Le 16 février, tous les tégumens du crâne sont gonflés et d'un rouge pourpre; une tumeur rougeâtre s'est développée sur le côté droit du nez; il s'écoule en abondance des deux narines une humeur liquide, brune, visqueuse et puriforme, semblable à celles que fournissent les plaies de la tempe droite, région dans laquelle la gangrène fait des progrès continuels. Le délire alterne avec quelques momens lucides, et depuis les questions qui lui ont été adressées la veille, il est préoccupé de l'idée qu'il s'est inoculé la morve en soignant son cheval, et cette pensée se représente à chaque instant dans son délire.

Un grand nombre de médecins virent Jackson dans sa maladie, et tous reconnurent l'analogie complète qu'elle offrait avec la morve des chevaux. Les accidens s'aggravèrent de plus en plus dans la journée; il était tourmenté par une soif inextinguible que rien ne pouvait calmer, et il succomba le 17, à deux heures du matin. L'autopsie fut faite en présence d'un concours nombreux de médecins.

Toutes les tumeurs de la tête contenaient un pus brunâtre et visqueux, qui recouvrait de petits tubercules arrondis, blanchâtres, développés dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané, adhérens au péricrâne qui était disparu dans quelques points, où il laissait l'os à nu. Quelques-uns de ces tubercules étaient durs, et renfermaient du pus; d'autres étaient ramollis, suppurés. Les sinus frontaux et les fosses nasales étaient remplis d'un mucus puriforme brunâtre, et l'on remarquait dans l'épaisseur de leurs parois des tubercules semblables à ceux qui viennent d'être décrits. Le cerveau offrait les traces d'une légère congestion sanguine; l'œsophage et l'arrière-gorge étaient sains. Au-dessous des ventricules du larynx, de chaque

côté, existait des tubercules de même nature, et très-gros : celui de gauche s'était ouvert, celui de droite était plein de pus. Le reste du larynx était sain. La dissection des tégumens de la partie antérieure du cou et du tronc fit découvrir de nombreux foyers d'un pus visqueux et brunâtre, au-dessous duquel on trouvait beaucoup de tubercules semblables aux précédens. Tous les organes de la poitrine et de l'abdomen étaient sains, à l'exception d'une portion du colon, dont les parois contenaient des tubercules à un pouce et demi au-dessus de la valvule iléo-cœcale.

M. Youath, vétérinaire, avait pris du pus de l'un de ces foyers pour l'inoculer à un âne, mais l'expérience ne put réussir complètement. Un élève qui n'avait pas connaissance de l'essai que voulait tenter M. Youath, se servit de l'animal pour s'exercer à la saignée. Néanmoins on inséra de la matière puriforme dans les deux narines, et on humecta la plaie résultant de la saignée. Le second jour, cette plaie se tuméfia ; le troisième, apparurent tous les symptômes d'une phlébite très-aiguë, et le quatrième jour l'animal succomba. Les scarifications pratiquées aux narines etaient un peu enflammées ; la membrane muqueuse des fosses nasales et de la cloison était très-injectée de sang. On y remarqua deux ou trois petites tumeurs, et deux ulcérations petites, à bords transparens, coupées à pic, et surmontées de deux vésicules. En un mot, dit M. Youath, qui a publié dans son journal (*le Vétérinaire*), les détails de cette expérience, quoique l'animal soit mort d'une phlébite, je n'en crois pas moins pouvoir affirmer qu'il existait déjà chez lui le commencement d'une autre maladie, et que la morve, qui avait été inoculée du cheval à l'homme, avait été transmise de ce dernier à l'animal dont nous venons de parler.

Recherches sur les causes de la mort après l'opération de la lithotomie (1).

La question des causes de la mort, après l'opération de la lithotomie, vient d'être agitée par plusieurs praticiens. On croit généralement que, quand le malale succombe très-peu de temps après l'opération, il est emporté ordinairement par l'inflammation du péritoine. Cette opinion est combattue dans les leçons du docteur Brodie, publiées dans la *médical Gazette* et dans la *Médico-chirurgical Review*. Ce professeur observe que la cause de la mort est, dans ces cas, l'inflammation diffuse du tissu cellulaire, que la péritonite peut exister ou ne pas exister, et que, quand elle se présente, elle est toujours consécutive à cette inflammation et seulement son auxiliaire dans la production de la terminaison fatale.

Deux chirurgiens de la province, M. Fletcher, de Gloucester, et M. Macfarlane, de Glascow, ont publié dernièrement quelques cas de lithotomie, et livré au public les résultats de leur expérience. M. Fletcher soutient que la péritonite est très-fréquente, et que d'abondantes évacuations sanguines sont nécessaires pour la combattre avec avantage; le docteur Macfarlane, au contraire, nie sa fréquence, et s'accorde avec le docteur Brodie pour considérer l'inflammation du tissu cellulaire comme une suite fréquente de l'opération et pour repousser ces mêmes évacuations comme plus nuisibles qu'utiles. Les opinions de ces deux médecins ont été consignées dans la *Médico-chirurgical Review*. En présence d'une telle dissidence d'opinion, le seul moyen d'arriver à la vérité est d'observer les faits avec soin et de les enregistrer avec fidélité.

Lorsque l'inflammation du tissu cellulaire a lieu, est-elle

(1) *The Medico-Chirurgical Review*. Avril 1833.

le résultat de l'épanchement de l'urine, ou des lésions produites dans les tissus par l'opération, indépendamment de tout épanchement ? A l'examen des cadavres de ceux qui sont morts à la suite de la lithotomie, il est difficile, le plus souvent, de savoir si l'urine s'est épanchée ou non. Le tissu cellulaire près de la plaie offre plus ou moins la fonte gangréneuse, et on trouve au-delà de la plaie une effusion de pus, ou de lymphe, ou de sérosité sanguinolente, de sorte qu'il n'est point facile de constater la présence de l'urine. Les apparences morbides produites par l'inflammation cellulaire diffuse, dans le bassin et derrière le péritoine, sont précisément celles que la même inflammation produit partout ailleurs. Si l'on examine un membre qui a été atteint d'inflammation diffuse du tissu cellulaire, on peut toujours y trouver les traces suivantes des changemens successifs ou phases de l'inflammation : 1° effusion plus ou moins abondante, dans le tissu cellulaire, d'une sérosité sanguinolente, accompagnée d'une injection partielle de ce tissu ; 2° cellules plus ou moins complètement remplies d'une lymphe gélatiniforme ou pus clair, ou par un mélange de sang avec un peu de sérosité, mais aucune injection, ou très-peu ; 3° cellules entièrement remplies par une matière qui tient le milieu entre le pus et la lymphe, ou bien dans un endroit par de la lymphe et dans un autre par du pus ; aucun vaisseau sanguin visible ; tissu cellulaire plus ou moins frappé de mort, probablement à cause de la distention des cellules qui a détruit toute circulation. Telles sont les altérations anatomico-pathologiques que l'on trouve dans un membre qui a été le siége d'une inflammation étendue et intense du tissu cellulaire ; les altérations indiquées en troisième lieu appartiennent à l'inflammation la plus violente et la plus prolongée.

Telle est aussi précisément la série des altérations développées dans le tissu cellulaire du bassin et des lombes après l'opération de la lithotomie. Dans le voisinage même

de la plaie, le tissu cellulaire est frappé de mort; plus loin, il est infiltré de pus, ou simplement de lymphe, et encore plus loin, par exemple dans les fosses iliaques ou la région lombaire, il y a seulement épanchement de sérosité sanguinolente.

Il n'y a donc aucune différence appréciable entre les caractères de l'inflammation cellulaire profonde qui suit l'opération de la lithotomie, et ceux de la même inflammation près de la surface du corps, dans les membres. Mais l'inflammation cellulaire peut se développer dans un membre, indépendamment de l'application de toute substance irritante et de l'effusion de tout fluide délétère. Une fracture comminutive, une contusion, une plaie, une lésion quelconque, sont la cause fréquente de cette inflammation dans un cas; et l'on peut en conclure que la simple lésion produite par l'opération de la lithotomie, peut également suffire pour l'occasionner dans l'autre. L'inflammation du tissu cellulaire se développe le plus souvent lorsqu'on a eu à extraire un calcul volumineux qui a donné lieu à beaucoup d'efforts et à plusieurs tentatives, lorsque par conséquent le tissu cellulaire a été lacéré et contus à un haut degré.

Les observations suivantes, qui viennent à l'appui des idées émises ci-dessus, ont été recueillies à l'hôpital Saint-George :

Obs. Ire — *Lithotomie; mort le cinquième jour; inflammation du tissu cellulaire; légère péritonite.* — William-Cockerell, âgé de 4 ans et demi, entra, le 26 septembre 1829, sous les soins du docteur Keate, offrant les signes ordinaires d'un calcul vésical. L'opération fut faite le 1er octobre; on se servit du gorgeret à deux tranchans. Le calcul pesait deux gros et dix grains; ses couches extérieures étaient composées de phosphates. A cinq heures après midi, douleur nulle pendant l'évacuation de l'urine qui coule librement à travers la plaie; pouls fréquent; peau

chaude. Le 2 octobre, sommeil pendant la plus grande partie de la nuit; l'urine a cessé de couler; peau fraîche; pouls fréquent; langue blanche; constipation. Le soir, le pouls augmenta de fréquence; une légère douleur se fit sentir dans l'abdomen et disparut sous l'influence d'un bain tiède. L'urine coulait facilement. Le 3, extrême sensibilité de tout l'abdomen, sans tension; pouls 150, dur; peau chaude; langue blanche; constipation; l'urine passait par l'urètre; rien de notable vers la plaie. (Saignée de quatre onces; huit sangsues sur l'abdomen; fomentations; huile de ricin, etc.) A quatre heures, la douleur était moindre et se limitait davantage à l'hypogastre; le sang était couvert d'une couenne épaisse. (Dix sangsues et fomentation à l'hypogastre.) A neuf heures, les dernières sangsues n'avaient apporté aucun soulagement. Pouls faible, compressible; peau visqueuse; langue blanche; l'urine passait en partie par la plaie, en partie par l'urètre. L'introduction du doigt dans la plaie fut suivie d'une légère hémorrhagie. Quelques stimulans parurent relever les forces du malade. Le 4, il vomit plusieurs fois, et le 5, il mourut à trois heures après midi.

Autopsie. — Peu ou même point de sérosité dans la cavité péritonéale, mais injection partielle du péritoine, et quelques légères exsudations lymphatiques; épanchement de lymphe dans le tissu cellulaire extérieur au péritoine, dans celui des lombes, etc. Sérosité dans le tissu cellulaire du bassin, mais aucune portion gangréneuse. L'incision avait traversé la prostate et sa capsule.

Obs. IIe — *Lithotomie; mort le cinquième jour; péritonite légère et inflammation cellulaire.* — Richard-Gray, âgé de 4 ans et demi, entra, le 16 juin 1831, dans le service de M. Brodie, portant un calcul dans la vessie; à cela près, jouissant d'une bonne santé. L'enfant fut purgé avec l'huile de ricin, et l'opération fut pratiquée le 17. M. Brodie essaya d'abord d'inciser la vessie avec un bistouri ordi-

naire; mais l'urine s'étant échappée par la cannelure du cathéter, il fut obligé de recourir au gorgeret (*beaked knife*). On retira deux petites pierres de la vessie; l'opération dura dix minutes. Le malade fut placé dans son lit, ayant les genoux soutenus par un coussin, et la plaie fut abandonnée à elle-même. L'enfant alla assez bien jusqu'au 19. La peau devint chaude, le visage anxieux, le pouls fréquent; l'urine coulait librement; point de selles depuis l'opération. On administra un purgatif. Le soir, mêmes symptômes; agitation plus grande; quelque douleur du ventre; tendance à relever les genoux. Traitement actif dans lequel on associe les sels neutres, le tartre stibié, le vin, l'opium, les bains, les fomentations, le calomel, les sangsues au ventre, etc. Le 20, il y avait moins de douleur abdominale; les genoux étaient moins rapprochés du ventre; le pouls était fréquent; les lèvres sèches; la langue blanche avec les papilles rouges. Le soir, la douleur revint; il y eut du délire. (Vésicatoire sur l'abdomen.) Le 21, les genoux étaient tantôt élevés, tantôt abaissés; décubitus à gauche; mouvemens fréquens de la tête d'un côté à l'autre; cris; visage pâle et altéré; douleur abdominale à la pression; pouls très-fréquent; langue chargée; lèvres fuligineuses; selles fréquentes de couleur verte; urine sortant librement. Mort dans la nuit du 22.

Autopsie le 24 à une heure après midi. — Intestins distendus par des gaz; injection partielle, çà et là, du péritoine pariétal et du péritoine intestinal; un peu de sérosité trouble, jaune foncé, dans la cavité péritonéale. Sérosité dans le tissu cellulaire pelvien; autour de la plaie, aucune trace de fonte gangréneuse, ni d'infiltration urinaire; la plaie de la vessie était d'une largeur médiocre. Un des reins était un peu ramolli, injecté, et ses calices contenaient de la matière calculeuse.

Obs. IIIe — *Lithotomie; calcul mural volumineux; mort en 43 heures; inflammation du tissu cellulaire,*

et péritonite commençante. — George-Shorter, âgé de 15 ans, d'apparence scrofuleuse, mais à cela près, bien portant, entra le 13 février 1833, dans le service de M. Hawkins. Il portait une pierre dans la vessie; son urine était acide. Le 6, il fut sondé par M. Hawkins qui sentit la pierre, jugea qu'elle était volumineuse, mais ne put s'en assurer positivement, même en introduisant un doigt dans le rectum, à cause de la position éloignée en arrière de cette pierre. Le malade avait éprouvé les symptômes d'un calcul vésical dès l'âge de 2 ou 3 ans; il avait été alors sondé par Astley Cooper, qui n'avait trouvé aucun calcul. L'opération fut faite le 21, à une heure après midi, après d'abondantes évacuations déterminées par un purgatif et un lavement. M. Hawkins employa un gorgeret à lame étroite; au moment où le calcul, chargé avec les tenettes, fut attiré à la plaie de la vessie, il s'échappa et l'on fut obligé de le ressaisir à plusieurs fois; il était gros comme une noix, de l'espèce que l'on nomme *murale* et garnie de plusieurs aspérités. Le soir, à neuf heures, le malade était pâle; le pouls était fréquent; nausées sans vomisssemens; peu de douleur vers la plaie; l'urine avait passé librement par la plaie; elle était foncée, sanguinolente. Le 22, insomnie pendant la nuit; vomissemens verdâtres; pouls à 100; visage pâle; anxiété; chaleur de la peau un peu élevée; langue blanche; abdomen ballonné; douleur à la pression dans les régions iliaques, inguinales et pubiennes. Environ une chopine d'urine sanguinolente a coulé par la plaie. (Vingt sangsues à l'hypogastre.) Le soir, cette douleur était exaspérée par la respiration; l'abdomen était encore plus ballonné; le malade se plaignit de douleurs dans les bras; le pouls devint très-faible; le malade mourut dans une prostration complète.

Autopsie, le 24, à deux heures après midi. — L'abdomen était encore distendu. En ouvrant la cavité abdominale, on trouva des points d'injection partielle sur le péritoine

pariétal, principalement vers le bassin, et sur la tunique péritonéale des intestins. Il y avait environ une once de sérosité sanguinolente dans la cavité péritonéale; les points principaux d'inflammation étaient dans le péritoine du bassin et dans celui des lombes.

La plaie offrait un aspect livide et gangréneux, surtout près de l'incision de la vessie. Il y avait en cet endroit une infiltration de pus et de lymphe d'apparence sanieuse, qui était limitée au tissu cellulaire du bassin. Une infiltration de sérosité trouble, sanguinolente, occupait le tissu cellulaire de la fosse iliaque droite, et celui qui s'étend derrière le péritoine jusqu'au méso-colon; le péritoine était repoussé de la fosse iliaque droite par cette effusion. On ne put parvenir à déterminer s'il y avait eu quelque épanchement d'urine. La moitié gauche de la prostate et de sa capsule était complètement divisée, et la plaie de la vessie s'étendait à un quart de pouce au-delà de la prostate. Les parois de la vessie parurent épaissies. Il n'y avait rien de remarquable du côté des reins. Les viscères thoraciques étaient sains; la tête ne fut pas examinée.

Le docteur Brodie fit observer qu'une pierre de la forme et de la dimension de celle qui avait été extraite, ne pouvait guère être enlevée chez un jeune sujet sans de grands dangers. Suivant lui, lorsque la capsule de la prostate est coupée ou déchirée, et que la plaie s'étend aux parois de la vessie, l'inflammation du tissu cellulaire est à craindre. L'insomnie dans la nuit qui succède à l'opération, est un symptôme fâcheux. La douleur dans le dos est encore un signe funeste, en ce qu'il dévoile l'inflammation cellulaire. De tels cas, ajouta ce médecin, sont toujours influencés d'une manière fâcheuse par les évacuations sanguines; ils sont presque toujours mortels chez les adultes, mais quelquefois les enfans peuvent en réchapper.

D'après les observations qu'on vient de lire, les principaux symptômes peuvent se réduire à ceux-ci: fièvre ca-

ractérisée par la fréquence du pouls et par une chaleur et une rougeur de la peau peu intenses, débutant par l'irritabilité de l'estomac et les vomissemens plutôt que par le frisson, apparaissant du premier au troisième ou quatrième jour après l'opération; sensibilité abdominale, principalement dans les régions iliaques, inguinales et pubienne; au au bout d'un certain temps, gonflement de l'abdomen; puis tympanite; affaissement des forces vitales, et mort dans les huit jours qui suivent l'opération.

Lorsqu'on se livre à l'examen des cadavres de ceux qui sont morts après avoir offerts de tels phénomènes, on trouve toujours une inflammation étendue du tissu cellulaire, avec une péritonite légère qui ne peut rendre raison des symptômes, ni suffire pour expliquer la mort. Il est donc raisonnable d'en conclure que le péritoine est affecté consécutivement au tissu cellulaire, et que l'inflammation s'étend de ce dernier au premier par contiguité.

Obs. IVe — *Lithotomie; hémorrhagie après l'opération; mort par l'inflammation du péricarde.* — Georges Brooks, âgé de 15 ans, entra, en août 1832, dans le service de M. Babington, portant un calcul dans la vessie. C'était un enfant sans asile, obligé par conséquent à beaucoup d'exercice. Il se portait assez bien, quoique maigre. Le pouls était fréquent; langue blanche, avec les papilles rouges. Il avait souffert de la pierre dès l'âge de deux ans, et avait été sondé par plusieurs chirurgiens distingués qui n'avaient pu découvrir aucun calcul. Quatre ans avant juin 1832, il avait cessé de souffrir, mais les douleurs devinrent telles dans ce dernier mois, qu'il fut obligé d'entrer à l'hôpital. On eut alors de la peine à introduire une sonde dans la vessie; on n'y parvint qu'au bout de huit jours, et l'on sentit la pierre très-distinctement. Ce jeune garçon était sujet à des attaques d'épilepsie.

Le traitement consista d'abord dans quelques injections opiacées, quelques purgatifs salins; ensuite le malade fut

mis au régime ordinaire de l'hôpital. Le 13 septembre, l'opération fut pratiquée par M. Babington.

On éprouva de la difficulté à introduire le cathéter. Pendant l'opération, le rectum fut blessé, comme il arrive assez souvent. La pierre fut extraite avec facilité ; elle avait deux pouces de long et près d'un pouce de large. On jugea convenable de réunir la plaie du rectum à la plaie du périnée ; en conséquence, un bistouri boutonné fut introduit par cette dernière, à travers la plaie du rectum, et le doigt indicateur étant placé dans l'intestin, le sphincter fut divisé de dedans en dehors, comme dans l'opération de la fistule de l'anus. Peu de temps après l'opération, on injecta de l'eau tiède dans la vessie, et on administra un peu de laudanum. Le soir, le pouls était fréquent, plein, bondissant ; la peau était chaude, la langue était blanche au milieu, rouge aux bords et à la pointe. Le chirurgien de garde avait introduit son doigt dans la plaie, et en avait écarté quelques caillots pour faciliter la sortie de l'urine. Le 14, il avait dormi. Le docteur Babington examina la plaie avec le doigt. Le sang coula immédiatement jusqu'à la quantité de six à huit onces, et l'on tamponna après avoir lavé la vessie. A une heure après-midi, le pouls était à 120, peu fort, mais saccadé. On introduisit un cathéter. A dix heures du soir, anxiété, légère douleur à la pression vers les régions pubienne et inguinale gauches ; écoulement d'environ six onces d'urine sanguinolente avec des caillots. (Cathéter, injections d'eau tiède, applications de glace.) Le 15, au matin, il avait dormi, il y avait moins de fièvre ; le soir, le pouls était à 140. Point d'hémorrhagie ; du reste, même état. (Injections.) Des matières fécales reviennent avec l'urine par le cathéter ; l'urine s'écoule par le rectum. Le 16, pouls très-fréquent et faible ; urine mêlée de matières fécales ; matières fécales mêlées de grumeaux de sang. Le 17, au soir, anxiété, visage pâle, respiration précipitée, inspiration imparfaite et accompagnée de douleur sous les deux

clavicules ; légère toux déterminée par une inspiration pleine. Ces symptômes, disait-il, précédaient habituellement les attaques d'épilepsie. Pouls extrêmement fréquent, langue humide, peau chaude. Légère douleur à la pression au-dessus du pubis et dans les régions iliaques. Le 18, même état; pouls, 140. Douleur à la pression des deux côtés de la poitrine. Un peu d'urine claire. (18 sangsues à l'abdomen; mixture avec camphre et opium, etc.) Le 19, abondante transpiration pendant la nuit; le malade avait bien dormi; assoupissement attribué à l'opium; respiratiou encore imparfaite et précipitée, douleur sous la cavité inférieure du sternum et dans les côtés du cou; pouls très-rapide, tumultueux. Jusqu'au 25, les symptômes furent les mêmes; ce jour là, l'impulsion du cœur était confuse; on n'entendait aucun bruit de soufflet. — Un peu de rétraction des espaces intercostaux de la région précordiale. Le malade ne tarda pas à mourir.

Le péricarde était presque partout adhérent au cœur, en partie par d'anciennes adhérences, en partie par de la lymphe récemment épanchée. Il y avait hypertrophie active des cavités gauches, dilatation des droites. Les poumons étaient généralement unis à la plèvre costale par d'anciennes adhérences. On ne trouva aucune collection ni aucune affection des veines dans le bassin. Il est bon de noter que ce jeune garçon avait été sujet à des rhumatismes aigus, maladie qui a, comme on le voit fréquemment, des connexions avec la péricardite et l'hypertrophie du cœur. L'auteur ne donne pas de détails sur l'état de la plaie du périnée; il se borne à dire que, pendant les derniers jours de la vie, elle n'offrit rien digne d'être noté.

Abcès du bassin. — Une autre cause de mort qui n'est point rare après la lithotomie, c'est la formation d'un abcès dans le tissu cellulaire du bassin. Dans quelques cas, cet abcès est précédé par les symptômes d'une inflammation générale diffuse de ce tissu, qui, étant réprimée jusqu'à un

certain point, ne s'élève pas plus haut que la formation d'une collection circonscrite; dans d'autres cas, il semble qu'il n'y a point d'abord inflammation étendue, et que les symptômes de l'abcès se manifestent graduellement. Le trait commun à tous les cas de cette espèce, est un pouls fréquent, commençant après l'opération et persistant dans toutes les phases de la maladie. Cette fréquence du pouls est ordinairement un signe fâcheux après une opération ou un accident : c'est le plus souvent chez les individus qui l'ont présentée, qu'on trouve des collections purulentes. Il n'est pas étonnant que les abcès du bassin suivent par fois l'opération de la lithotomie; au contraire, on doit trouver que cette altération pathologique se présente bien rarement en comparaison de la fréquence de l'inflammation du tissu cellulaire, inflammation qui donne lieu si souvent à des abcès dans les autres parties du corps. Il est probable que cette rareté est due à ce que les malades meurent ordinairement avant la période de la formation du pus. Si l'inflammation aiguë du tissu cellulaire est fréquente, il est probable que la même inflammation à l'état chronique ou à un degré moins grave, doit avoir lieu quelquefois, et c'est cette dernière inflammation qui est la cause des collections purulentes. Les lésions inévitables de l'opération, et la circonstance du passage nécessaire de l'urine à travers un tissu cellulaire récemment divisé, sont les causes probables de l'une et l'autre formes d'inflammation. Il est surprenant qu'on ait dit si peu de choses jusqu'à ce jour, sur les abcès du bassin; car, si l'on en juge par les faits observés à l'hôpital Saint-Georges, ils se présentent encore assez fréquemment pour mériter d'attirer l'attention.

Obs. V.e — Lithotomie recto-vésicale; mort trois semaines après l'opération; abcès du bassin. —Thomas Bickerton, âgé de 25 ans, entra le 4 octobre 1830, dans le service de M. Brodie, offrant à un haut degré d'intensité les symptômes d'un calcul vésical. Sa santé était passable-

ment bonne, mais il était irritable et inquiet. Les premiers symptômes s'étaient fait sentir vingt ans auparavant. Le calcul avait été reconnu douze ou quatorze ans avant son entrée à l'hôpital; alors son père lui avait fait prendre un *dissolvant*, et pendant six ans il souffrit peu. Plus tard, il fit encore usage de son *dissolvant*, et éprouva un soulagement temporaire : ce *dissolvant* était du bi-carbonate de potasse. Plusieurs chirurgiens l'avaient examiné, et tous, excepté un, avaient refusé de pratiquer l'opération latérale, à cause de la grosseur de la pierre. Le baron Heurteloup, pour la même raison, n'avait pas voulu tenter de la broyer Cette pierre, explorée par le rectum, paraissait avoir un volume considérable, et sa portion antérieure était enchâssée dans la portion prostatique de l'urètre. L'opération par le haut appareil fut proposée et rejetée, car si la pierre était réellement aussi grosse qu'on le supposait, il eût été très-difficile de se servir de la sonde à dard. Après une mûre délibération, le docteur Brodie adopta une opération qui tient le milieu entre l'appareil latéralisé et la lithotomie rectale, et qui peut avoir quelques avantages dans certains cas.

M. Brodie fit cette opération le 20 octobre, après avoir fait vider le rectum par le moyen d'un lavement. Après avoir introduit le cathéter, il fit la section du périnée à la manière ordinaire, et, passant le bistouri le long de la cannelure du cathéter dans la vessie, il divisa une partie de la prostate. Il prit alors le couteau de Blizard, le dirigea le long du cathéter dans la vessie, compléta la section de la prostate et d'une partie du col de la vessie, et tournant le tranchant du couteau à droite, il incisa la prostate en ce sens; par ce moyen il obtint un espace plus considérable sans intéresser un grand nombre de parties dans sa section. Le cathéter qui s'était placé sur le côté droit de la pierre fut retiré. M. Brodie prit un bistouri courbe à pointe mousse enfermé dans une gaîne à pointe aiguë qu'on pou-

vait avancer et retirer à volonté. Il porta cet instrument au fond de la plaie, et introduisit l'indicateur de la main droite dans le rectum. Ayant senti avec ce doigt le bouton situé à l'extrémité du bistouri, il poussa la gaîne en avant, et il pénétra dans l'intestin en se dirigeant sur son doigt. Alors il rejeta la gaîne; le bistouri resta dans le rectum, et la division de celui-ci fut achevée de dedans en dehors, en retirant le bistouri dont l'extrémité appuyait sur l'indicateur, comme dans l'opération pour la fistule de l'anus. L'ouverture du rectum au fond de la plaie ne fut pas exactement parallèle à la plaie de la vessie, afin de former une espèce de valvule qui s'opposât au passage trop facile des matières intestinales dans la vessie. Le reste du rectum fut divisé sur sa partie antérieure et latérale gauche. La pierre fut extraite facilement; elle n'était point aussi grosse qu'on l'avait supposé. Elle était de forme alongée; son extrémité antérieure étant logée dans la portion prostatique de l'urètre, son immobilité dans cette position avait fait croire qu'elle y était fixée par sa grosseur, et le doigt introduit dans le rectum n'avait pu atteindre son extrémité postérieure. La plaie obtenue par cette opération était assez large pour permettre la sortie d'un calcul très-volumineux. L'opération fut simple, savante, et exécutée sans difficulté.

Deux ou trois heures après l'opération, il se manifesta une hémorrhagie qui fit perdre un demi-litre de sang. On l'arrêta en comprimant avec le doigt, pendant une demi-heure, l'artère honteuse contre la branche ascendante de l'ischion. Rien de particulier n'eut lieu ce jour et le suivant; cependant le pouls était fréquent. Le 22, le docteur Brodie introduisit un doigt dans la plaie et un cathéter dans la vessie. Dans l'après-midi, le malade ne pouvait uriner qu'avec effort, et avait un peu de fièvre. Il avait un peu de douleur à la pression vers l'hypogastre; cette douleur persista les jours suivans. Jusqu'au 27, rien de remarquable, si ce n'est la fréquence du pouls; les fèces et

l'urine passaient par la plaie. On plaça une sonde métallique flexible dans l'urètre pour faire couler l'urine dans un urinoire. La langue se dessécha peu-à-peu ; la peau devenait plus chaude le soir ; le pouls était toujours fréquent, il devint saccadé. En pressant sur l'abdomen, on faisait sortir l'urine avec les matières fécales par le cathéter. Le 1.er novembre, un petit abcès à la racine du scrotum et à sa partie antérieure fut ouvert, et laissa sortir du pus urineux et fétide. Le 3, la fièvre continua avec une tendance à la sueur et au dévoiement. Le 5, la bouche était légèrement garnie d'aphtes ; l'urine était alcaline. Le 6, sueurs abondantes pendant la nuit, et léger frisson ; on passe le doigt dans la plaie, et une sonde dans la vessie. Le 8 au soir, le malade accusa une douleur vive dans la plaie, dans l'hypochondre droit, et une douleur obscure dans la poitrine. Il mourut le 10, à huit heures du matin.

Autopsie le 11, à deux heures après-midi. — Amaigrissement consécutif à l'opération.

Thorax. — Quelques vieilles adhérences du poumon droit. Une partie du bord inférieur du poumon gauche est unie au péricarde par une exsudation lymphatique récente. La substance lymphatique du poumon contenait en cet endroit une collection purulente circonscrite. Il y avait encore une couple d'exsudations de lymphe, accompagnant un état gangréneux du poumon, entouré d'une fausse membrane distincte, en forme de kyste.

Abdomen et bassin. — Reins petits, pointillés, mollasses ; leur intérieur noirâtre, contenant quelques dépôts enkystés d'un pus noir apparemment mêlé avec du sang. En quelques parties des reins étaient déposés des fragmens de matière calculeuse. — Uretères larges, noirâtres, injectés. — Vessie contractée, ses parois épaissies, sa membrane muqueuse colorée en noir, injectée. Sur son côté droit, une petite ouverture conduisant dans une espèce de kyste formé dans l'épaisseur de ses parois, et contenant du pus jaunâ-

tre. — Prostate fendue dans deux directions ; la plaie ne s'étendait pas au-delà de cette glande, et ses bords étaient encroûtés de matière calculeuse. — Rectum légèrement coloré en noir intérieurement. La plaie de cet intestin ne remontait pas plus haut que la portion prostatique de la vessie ; elle était en partie unie par de la lymphe organisée d'une manière analogue à la structure de la partie. — En dehors de l'urètre, au-devant du bulbe, un petit abcès gangréneux ne s'ouvrant pas dans ce canal, mais communiquant avec la plaie. L'abcès s'étendait au scrotum, en dehors de la tunique vaginale. — Testicule tuméfié et dur. — Il y avait quelques matières fécales, molles, seulement dans la portion prostatique de la vessie et de l'urètre. — Dans le côté gauche du bassin, dans le tissu cellulaire extérieur sous-péritonéal, un abcès pouvant contenir un gros œuf de poule, avec des parois gangréneuses, et traversé par des lambeaux de tissu cellulaire gangréné. Il n'avait aucune communication avec la vessie, le rectum ni la plaie. — Le crâne ne fut pas ouvert.

L'observation qui précède est intéressante sous plusieurs rapports ; on y voit les traits caractéristiques de tous les cas analogues.

Obs. VI.e — Sir Everard Home fit l'opération de la lithotomie pour un calcul ancien ; l'urine était alcaline et mêlée à des mucosités visqueuses. La seule raison qui l'engagea à opérer était l'extrême souffrance du malade. Celui-ci mourut peu de temps après l'opération : on trouva un abcès comme celui décrit ci-dessus.

Obs. VII.e — Le docteur Brodie fit la même opération sur un officier de la marine anglaise, qui semblait être dans un bon état de santé avant l'opération. Il mourut et offrit un abcès du poumon.

Obs. VIII.e — Le docteur Brodie trouva un abcès semblable chez un ecclésiastique qu'il opéra pour la même maladie.

Obs. IX.e — John Barnett, âgé de 63 ans, fut opéré le 16 février 1832; l'opération n'offrit rien de remarquable, si ce n'est une légère hémorrhagie. Le malade mourut dix jours après l'opération, dans un état de prostration complète. La vessie était contractée, ses parois épaissies. Sa membrane muqueuse était ridée, livide, dans un état d'inflammation chronique. On découvrit une altération remarquable vers son col : au trigône, une éminence, du volume d'une petite noix, dans la situation du troisième lobe de la prostate. L'incision avait complètement divisé le lobe gauche, mais on ne put savoir si la vessie avait été coupée ou déchirée au-delà. De l'autre côté, une éminence plus grosse que la première. On ne put déterminer si elle provenait du lobe droit, ou si c'était une sorte de *fungus ;* son tissu, lorsqu'il fut coupé, parut plus mou que celui de la prostate, mais de la même couleur. Le bulbe de l'urètre était divisé. Toute la circonférence de la plaie paraissait gangréneuse. Depuis la plaie de la prostate commençait un abcès dont les parois étaient gangréneuses, et qui s'étendait en arrière au côté gauche du fond de la vessie, puis derrière le rectum, occupait une grande partie du tissu cellulaire entre ce dernier et le sacrum, et atteignait le côté droit de la vessie. Cet abcès renfermait une matière qui semblait être un mélange de pus et d'urine, ou au moins de pus, et d'un liquide plus clair. Dans la plaie, près de son ouverture extérieure, on trouva un corps de la grosseur et de la forme d'une amande, attaché par une espèce de pédicule au côté droit du col de la vessie, dans la plaie de ce col. Etait-ce un caillot en partie organisé ?

Obs. X.e — Edwin Winter, âgé de 8 ans, fut opéré le 7 février 1833, par le docteur Keate. L'opération fut fatigante. On retira deux calculs. Tous les symptômes de l'inflammation diffuse du tissu cellulaire se développèrent après l'opération, et furent suivis de la formation probable d'un abcès dans le bassin ; les signes de cet abcès furent ceux

dont la description a été donnée dans l'observation V.e — L'enfant n'était pas mort lors de la publication du Journal anglais, auquel nous renvoyons ceux qui voudraient connaître les détails de cette observation.

D'après les premières observations rapportées dans ce mémoire, il semblerait que le plus souvent la mort, à la suite de l'opération de la taille, est due à l'inflammation diffuse du tissu cellulaire du bassin, inflammation qui, au début, simule une péritonite, mais qui en peut être distinguée par le siège de la douleur et les autres symptômes. On ne voit pas aussi clairement comment la formation d'un abcès dans le bassin pourrait être rangée au nombre des causes ordinaires de la mort en pareil cas. On conçoit fort bien, il est vrai, que l'inflammation du tissu cellulaire du bassin puisse se terminer par une collection purulente; mais les faits cités par l'auteur anglais sont peu propres à étayer cette opinion. En effet, si nous laissons de côté ceux qui manquent de détails suffisans, nous voyons dans les autres une pratique chirurgicale tout-à-fait propre à engendrer les accidens que l'on nous signale comme une suite naturelle de l'opération. L'introduction fréquente du doigt dans la plaie et des sondes dans l'urètre, une médication interne extrêmement compliquée, où l'on voit figurer successivement ou simultanément les narcotiques, les stimulans, les émétiques, les purgatifs, les antiphlogistiques, etc., ne nous laissent aucun moyen de juger quelle aurait pu être la marche de la maladie avec un traitement simplement et rationnellement antiphlogistique. Aussi, tout en reconnaissant, avec le docteur Brodie, de quelle importance il est d'être fixé sur le siège et la nature de l'inflammation qui succède à l'opération de la lithotomie, et sur l'influence que peuvent avoir les manœuvres du chirurgien dans la production de cette inflammation, refusons-nous d'admettre, comme lui, que les émissions sanguines ne peuvent avoir que des résultats fâcheux dans son traitement. Jusqu'à

présent, le traitement antiphlogistique, convenablement dirigé et appliqué le plus promptement possible, nous semble être celui dont on peut attendre les meilleurs résultats. Il ne faut pas perdre de vue, d'ailleurs, que le siège de la maladie, la nature des tissus affectés, leur proximité de certains organes, etc., sont autant de sources d'indications particulières; ce sont même ces raisons qui donnent aux résultats obtenus par le pathologiste anglais, presque toute l'importance que nous y attachons.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

De l'état des nerfs et des vaisseaux du moignon après l'amputation des membres; *par le professeur Blasius.* — L'auteur conclut de ses observations : 1.° que le bout des nerfs coupés dans l'amputation ne se tuméfie pas de manière à former un renflement sensible, si la plaie n'est pas complètement cicatrisée dans le point correspondant; 2.° ce renflement n'existe pas constamment, quelques conditions organiques sont nécessaires pour sa production : c'est ainsi qu'il faut une certaine force végétative de l'économie toute entière; 3.° on n'observe pas ce renflement bulbeux dans tous les nerfs du moignon, le plus souvent il n'existe que dans quelques-uns, et particulièrement dans les gros troncs nerveux et leurs principales branches; quand ils ont leur siège dans des ramifications plus petites, on les rencontre seulement dans les nerfs cutanés et non dans les troncs; 4.° ces renflemens bulbeux présentent, mais non constamment, une texture filamenteuse dans laquelle on distingue très-évidemment des ramuscules nerveux; 5.° il est très-douteux que les fibrilles qui s'étendent du renflement à la cicatrice, soient la source de la sensibilité dont elle jouit, et qu'elles soient par conséquent autant de filamens nerveux, comme le pense M. Larrey : il paraît, au contraire, que les filamens sont simplement celluleux; 6.° il n'est pas toujours vrai que les renflemens bulbeux soient, comme le dit M. Larrey, le résultat de la fusion de deux nerfs voisins, surtout quand il s'est déjà écoulé un temps assez long depuis l'opération; 7.° ce renflement bulbeux n'est point un résultat qui soit particulier aux nerfs; quelquefois on observe le même changement à l'extrémité des tendons compris dans la section; 8.° l'oblitération des

vaisseaux est le plus souvent bornée à la cicatrice ou à la surface de la plaie ; elle ne s'étend jamais à une grande distance du moignon, surtout dans les veines. (*Allgmeine Medicinische Zeitung*. Février 1833.)

Pathologie.

Nouvelle forme de névrose, non encore décrite et désignée sous le nom de phonospasmie ; *par le docteur Semmola*. — Quelque étendu et varié que soit un cadre nosologique, il est impossible qu'on puisse y renfermer tous les états morbides, de formes si diverses, qui se présentent à l'observateur, et qui viennent par fois surprendre et embarrasser le praticien le plus exercé et le plus instruit. Telle est, par exemple, la maladie singulière décrite par le docteur Semmola, (*De singulari nevrosi Dissertatio*. Naples 1830, in-8°. pag. 32), et qu'il a observée sur un malade de l'hôpital des incurables de Naples. Voici le fait.

Louis Esposito, jeune homme d'une constitution robuste, qui offrait toutes les apparences d'une santé parfaite, était constamment pris de convulsions générales, aussitôt qu'il élevait la voix, ou qu'il voulait parler. C'est d'après cet effet constant de l'influence de la voix sur le développement des mouvemens convulsifs, que le docteur Semmola a désigné cette maladie particulière sous le nom de *phonospasmie*, pour la distinguer de tant d'autres névroses. Les convulsions duraient tant que le malade continuait de parler, et cessaient à l'instant où il gardait le silence. Lors de son entrée à l'hôpital, cet état durait depuis trois jours ; ce jeune homme avait continué de se livrer à son état de commissionnaire, prévenant le retour des mouvemens convulsifs par un silence absolu, et ne répondant que par signes. Dans ces accès, on voyait les contractions spasmodiques se propager aux muscles extenseurs du cou, du tronc et des membres, lesquels s'étendaient convulsivement, agités d'une oscillation continuelle ; tandis que les pieds se rapprochaient fortement l'un de l'autre, et que les bras, dans une extension forcée, s'appliquaient contre les côtés du corps. Afin de donner une idée de cet état convulsif, le docteur Semmola le compare à celui qu'éprouve une grenouille qu'on soumet à l'action galvanique.

Une frayeur paraissait avoir été la cause occasionnelle de ces accidens nerveux ; suivant notre confrère, ils dépendraient d'une congestion ou d'une irritation de la moelle alongée. En conséquence de cette opinion, une saignée fut pratiquée le même jour de l'entrée du malade à l'hôpital, et le quatrième, depuis l'apparition des accidens : cette émission sanguine ayant apporté peu de changemens dans l'état du malade, on appliqua le lendemain un bon nombre de sangsues aux régions mastoïdiennes, et sous l'influence de ce moyen, les symptômes

nerveux diminuèrent rapidement d'intensité, de telle sorte qu'ils étaient complètement dissipés au bout de quelques jours. (*Annali universali di Med.*, mars 1833.)

Du rapport entre les maladies des reins et l'apoplexie, et la mort subite; *par le docteur Arthur Wilson*. — L'auteur fait d'abord remarquer qu'il est très-important, dans la recherche des causes de mort subite et imprévue, d'examiner l'état du sang, et à cette occasion, il cite plusieurs cas dans lesquels, suivant lui, les reins ont déterminé la mort plus ou moins rapidement, par suite des changemens qu'ils avaient apportés dans la composition de ce liquide. On peut juger de l'influence qu'exerce l'action des reins sur l'organisme tout entier, dit M. Wilson, quand on considère combien cette action est continue, et l'on doit en apprécier l'influence bien moins sous le rapport des élémens nuisibles qui sont chassés par cette voie, que sous celui de l'état normal dans lequel les reins maintiennent ainsi le sang qui est en circulation : de tous les organes de l'économie animale, il n'en est aucun, ajoute-t-il, dans lesquels le sang éprouve des modifications matérielles aussi considérables que dans les reins. Nous croyons inutile de faire observer que l'auteur semble ici oublier tout-à-fait ce qui se passe dans les poumons. Quoi qu'il en soit, il rappelle comme exemple de l'influence des reins sur le cerveau, l'assoupissement, le coma, qui se manifeste dans l'ischurie, effet qui, selon M. Wilson, est produit par l'intermédiaire du sang et non par suite des rapports sympathiques existant entre ces organes, ainsi que le disent la plupart des pathologistes. Bien que tous reconnaissent les les sympathies des reins avec l'encéphale, à peine en compte-t-on quelques-uns, dit M. Wilson, qui aient remarqué la rapidité avec laquelle les premiers organes exercent une influence très-grande sur le second, et observé les effets funestes qui peuvent en résulter. Parmi les exemples qu'il a recueillis à l'hôpital St.-George, à l'appui de cette opinion, nous rapporterons les deux suivans :

Obs. Ire — Le 13 avril 1831, Marie Rouen entra à l'hôpital pour des douleurs accompagnées d'un gonflement des jambes (c'est ainsi que son état fut indiqué sur le registre d'inscription). La face était d'une pâleur extrême, et son expression était celle que donnent des souffrances aiguës. Le jour même de son entrée, elle fut frappée d'un *coup-de-sang*, ce fut l'expression des femmes de service. Le docteur Wilson vit la malade dans la soirée ; il y avait insensibilité générale, respiration stertoreuse ; elle succomba le lendemain. Des renseignemens pris auprès des amis de cette femme, apprirent qu'elle était valétudinaire, souffrante, depuis trois mois, et que trois semaines auparavant, elle avait eu une attaque de paralysie. L'ouverture du cadavre, faite avec soin, ne fit découvrir aucune altération, aucun épanchement dans le crâne et le cerveau : cet organe était même pâle

et exsangue. Les troncs veineux principaux étaient vides de sang; les ventricules latéraux ne contenaient pas une goutte de sérosité. Dans les deux reins, la substance corticale était disparue; on voyait à sa place un tissu homogène brunâtre, celluleux, infiltré d'un liquide séreux, n'offrant aucune trace du type normal dont il avait seulement l'épaisseur. Les substances tubulaire et mamelonnée étaient altérées de manière à être à peine reconnaissables dans quelques points. Le rein gauche contenait, en outre, un kyste hydatique assez volumineux, qui communiquait avec le bassinet par plusieurs ouvertures assez larges : ce kyste renfermait un peu de liquide. La vessie était vide; l'uretère droit dilaté, et son embouchure dans la vessie, presqu'oblitérée par suite de l'épaississement des parois de la vessie. Les poumons et le cœur étaient dans l'état sain. Les plèvres contenaient six onces d'une sérosité rougeâtre. Le col de l'utérus était presqu'entièrement détruit par une ulcération.

Quoique chez cette femme, des pertes utérines aient notablement diminué la quantité du sang, le docteur Wilson n'hésite pas à considérer l'attaque d'apoplexie et la mort, comme un résultat de l'altération du sang produite par la désorganisation des reins. Le docteur Bright a bien cité plusieurs cas de méningite et épanchement séreux, coïncidant avec une altération des organes qui sécrètent l'urine; mais dans les observations du docteur Wilson, c'est la substance cérébrale elle-même qui était altérée.

Obs. II[e] — Un jeune homme se plaignait, depuis quelque temps, de faiblesse, de malaise, et de temps en temps d'un sentiment d'oppression très-pénible; la langue était constamment blanchâtre, et la peau d'un jaune foncé. Huit jours avant sa mort, il avait fait encore une promenade, à la suite de laquelle il avait éprouvé plus de dyspnée. Le lendemain, on le trouva dans son lit, privé de sentiment, et avec une respiration stertoreuse. Une saignée de quinze onces fit cesser cet etat d'insensibilité, et dans le cours de ces huit jours, il ne survint pas de nouveaux accidens, ni de paralysie, mais le malade resta dans un état d'imbécillité. Une seconde saignée fut pratiquée, et le sang se recouvrit d'un couenne épaisse.

A l'autopsie, on ne trouva aucune trace d'épanchement, ou de toute autre altération du cerveau. Les veines méningiennes et les sinus de la dure-mère, quoique très-larges, étaient vides de sang, de même que celles de tout le reste du corps, à l'exception des veines rénales. Le reins, réduits au quart de leur volume naturel, ne présentaient aucun vestige de substance corticale. La vessie contenait quelques onces d'un liquide incolore, qui se coagulait promptement par la chaleur et par l'acide nitrique. Dans ce cas, on a vu, comme dans plusieurs autres analogues, où le tissu des reins était profondément altéré, le sang former une couenne épaisse à sa surface, quoiqu'il

n'existât pas le moindre signe d'inflammation dans les divers organes de l'économie.

Le docteur Wilson a vu deux autres individus succomber ainsi très-rapidement et d'une manière inopinée, et chez lesquels la mort avait été aussi précédée d'attaques d'apoplexie. L'examen du cadavre de l'un et de l'autre ne fit découvrir aucun épanchement, ou toute autre altération, à la surface et dans les cavités du crâne et de l'encéphale. Mais les reins étaient désorganisés à tel point, qu'il était impossible que la sécrétion urinaire ne fût pas complètement altérée. De ces faits, cet auteur conclut qu'il importe de fixer son attention sur l'état des reins et la composition de l'urine dans l'apoplexie, l'hydrothorax, l'anasarque, l'épilepsie, etc.; que dans tous les cas de mort subite, il est également très-important d'examiner soigneusement les reins, afin de reconnnaître s'il n'ont pas contribué à déterminer la mort. Le docteur Wilson termine, en faisant remarquer que l'excrétion d'une quantité abondante d'urine est un des symptômes qui accompagnent ou suivent les accès d'hystérie, coincidence qui vient encore à l'appui de son opinion sur l'influence très-grande que l'appareil urinaire exerce sur le système nerveux. (*The London med. Gazette*, mars 1833.)

Nous avons extrait textuellement cet article du mémoire de M. Wilson, afin qu'on puisse juger du degré de fondement des divers argumens sur lesquels il appuie son opinion. Nous ne chercherons pas à présenter ici toutes les objections qu'on pourrait lui opposer, chacun les devinera aisément. Toutefois, nous avons cru utile d'exposer ici une analyse de ce travail, parce qu'il importe toujours de rechercher soigneusement toutes les causes qui peuvent déterminer les morts subites et imprévues, et que, sous ce rapport, une opinion, quelle qu'elle soit, mérite au moins d'être connue et examinée.

Accidens attribués a un empoisonnement par les cantharides; dilatation du cœur; état inflammatoire de presque tous les organes, etc.; *par le docteur Hastings*, de *Worcester*. — Miss A. B., âgée de 33 ans, était institutrice chez un fermier à D., dans le comté de Worcester. Elle avait vécu dans cette condition pendant trois ans, excepté un intervalle de six mois qu'elle avait passés en prison pour dettes. Cette circonstance l'avait vivement affectée, et il n'est pas improbable qu'elle ait contribuée à produire quelque affection du cœur. Elle n'avait jamais joui d'une santé solide, et était habituellement sujette à des indigestions accompagnées de phénomènes nerveux. Six semaines avant sa mort elle avait souffert plus qu'à l'ordinaire, et avait vomi tous les matins et éprouvé des maux de tête fréquens. Quinze jours plus tard elle avait été voir ses parens chez lesquels elle s'était trouvée si malade, qu'elle consulta un médecin, le 24 décembré 1832. D'après le rapport de ce médecin, le principal symptôme

de sa maladie était une éruption vésiculaire qui affectait particulièrement les mains et le pli des bras. Elle était aussi très-constipée. Il prescrivit une médecine de calomel et de coloquinte, puis une poudre où entraient le mercure et la rhubarbe, tous les deux jours, puis une mixture de tartrate de potasse avec le sirop de rhubarbe, deux fois par jour. Elle se trouva soulagée par cette médication, qui cependant ne la purgea pas assez; aussi lui fit-on prendre la mixture suivante : *magnesiæ sulph.*, ℥ j; *magnesiæ calcin.*, ℈ ij; *tinct. senæ* f. ℥ ß; *spir. ætheris. nitr. spir. cinnamomi*, ana f. ʒ ij; *aquæ puræ*, f. ℥ vij. — Deux cuillerées, deux fois par jour. — La malade retira tant de bien de cette prescription, qu'elle n'en prit qu'une partie, réservant le reste pour le cas où elle se trouverait malade une autre fois. Jusqu'au moment de l'attaque fatale il n'y eut rien de particulier; elle fut toujours d'une santé faible, mais elle remplissait ses devoirs avec sa régularité accoutumée. Le 18 janvier suivant, elle passa une excellente nuit, ne se plaignit de rien le matin, de bonne heure, le 19; mais pendant qu'elle s'habillait, elle éprouva du malaise vers l'épigastre; elle n'y fit point attention, et s'étant efforcée de déjeûner elle fut prise de violens vomissemens qui ne lui laissèrent aucun repos, et qui s'accompagnèrent de douleurs dans le dos. Ce ne fut que le 22 qu'on fit venir le docteur M., qui trouva la malade dans l'état suivant : vomissemens, soif, douleurs dans les lombes revenant à de courts intervalles, avec une grande violence; strangurie, écoulement de sang par l'urètre; la peau, particulièrement à la face, au cou et à la poitrine, était couverte d'une efflorescence rouge (*red efflorescence*); lèvres desséchées, yeux rougis par du sang extravasé; le palais et la langue étaient couverts d'une couche saburrale épaisse, et le pouls si petit et si fréquent qu'on ne pouvait le compter. Point de délire; au contraire, grande tranquillité d'esprit. La malade ne paraissait point effrayée de sa position, et s'exprimait bien. Elle n'avait rien pris qui pût rendre compte de sa maladie, que rien ne pouvait expliquer. Depuis l'attaque elle avait bu beaucoup, mais tout ce qu'elle avalait était immédiatement rejeté; il y avait eu une selle. Le clitoris était érigé et tellement douloureux, qu'elle s'en était plaint plusieurs fois et avait appelé de ce côté l'attention du médecin qui ne pouvait reconnaître dans cet ensemble de symptômes aucune des maladies admises, et voyant la malade s'affaisser *ne crut devoir tenter aucune médication active*. Le 23, la malade se trouva un peu mieux, mais elle eut tout-à-coup des convulsions qui mirent fin à ses jours.

Autopsie 27 heures après la mort. — La surface du corps avait presque partout une apparence livide. Cette lividité était surtout remarquable des deux côtés du visage, sur le cou, sur la poitrine, l'abdomen et sur les cuisses; dans tous ces endroits le corps était d'une couleur de *mûre*. Il y avait en outre sur les bras et le front, de

nombreuses pétéchies. Les vaisseaux des conjonctives étaient violemment injectés. En incisant les tégumens de la poitrine et de l'abdomen on trouva une couche épaisse de graisse, et des muscles d'une rougeur peu ordinaire. Lorsque les viscères de la poitrine et de l'abdomen furent découverts, la seule chose qui attira l'attention d'abord, fut une rougeur notable du graud cul-de-sac de l'estomac.

Thorax. — Les viscères abdominaux, particulièrement la rate, refoulaient le diaphragme en haut. Le péricarde contenait au moins quatre onces de sérosité sanguinolente. Le cœur était très-volumineux; les vaisseaux qui rampent sur sa surface étaient distendus par le sang. Les parois des ventricules et des oreillettes étaient minces et flasques; chaque cavité était distendue par du sang noir et liquide. Dans la cavité droite du thorax il y avait six onces de sérosité sanguinolente. La plèvre droite était partout très-rouge. La plèvre costale et la pulmonaire du côté gauche étaient presque entièrement réunies par des adhérences anciennes. Les vaisseaux pulmonaires à droite et à gauche étaient remplis de sang; et lorsqu'on incisait le tissu des poumons, il en découlait une grande quantité d'un liquide sanguinolent et écumeux. La muqueuse de la trachée et des grosses bronches était très-rouge, mais contenait peu de liqoide. En suivant les ramifications bronchiques dans l'épaisseur des poumons, on retrouvait partout la même rougeur, et les cellules aériennes étaient presqu'entièrement gorgées de sérosité sanguinolente et écumeuse.

Abdomen. — Le foie était un peu ramolli et augmenté de volume, mais, à cela près, sain. La rate et le pancréas étaient sains, mais leur tunique péritonéale était fortement vasculaire, au point de ressembler à la pie-mère. La tunique péritonéale des intestins grêles était également vasculaire. Une portion du jéjunum et de l'iléum fut examinée; on y trouva une pâte chymeuse violette; mais la membrane des intestins n'était pas malade. Dans les capsules surrénales, surtout en avant, il y avait une considérable extravasation sanguine. Le rein gauche était volumineux, les vaisseaux injectés, et la membrane qui tapisse le bassinet était très-rouge et contenait un liquide sanguinolent. Le rein droit était encore plus enflammé, et son bassinet contenait au moins deux drachmes de sang. La vessie contenait deux onces de sang; sa muqueuse était très-rouge. La membrane interne de l'utérus était également rouge. Les ovaires étaient enflammés; dans le droit il y avait une extravasation sanguine considérable. Les trompes de Fallope étaient enflammées. La membrane hymen était intacte. L'estomac contenait environ une pinte de liquide, à-peu-près aussi clair que du gruau, mais d'une couleur brune; il y avait dans le liquide plusieurs parcelles noirâtres qui tombaient au fond de la cavité. On trouva dans les intestins plusieurs de ces petits corps; ils furent examinés avec soin; mais, ni à l'œil nu, ni avec l'aide du mi-

croscope, on ne put y découvrir cet éclat qui caractérise les cantharides. Cette matière tomba bientôt en une poudre noire, et était indubitablement la matière sableuse noire qui est si fréquemment mêlée avec l'avoine commune; la malade, pendant sa maladie, avait bu abondamment du gruau fait avec cette sorte d'avoine. Toute la muqueuse stomacale était très-rouge; elle offrait plusieurs taches couleur chocolat foncé, dues à l'extravasation du sang dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Ces taches variaient pour la grandeur, jusqu'à celle d'une fève.

Encéphale. — La substance cérébrale était saine, mais les vaisseaux sanguins étaient gorgés de sang. Le plexus choroïde était d'une couleur foncée, et les veines qui se ramifient sur la pie-mère étaient considérablement dilatées et remplies de sang noir.

Telles furent les altérations nécroscopiques dans ce cas, où un praticien ne jugea pas à propos de faire une médecine active, et où l'on avait cru voir un empoisonnement par les cantharides, à cause des symptômes qui se manifestèrent du côté des organes génitaux, et quoique rien autre chose ne pût porter à penser que cette substance eût été ingérée. (*London Med. Gaz.*, 29 juin 1833.)

Gangrène prétendue du poumon; guérison. *Obs. par le D.r J. Wyatt Crane.* — William Christie, âgé de 29 ans, sellier, fit appeler le docteur Crane, le 24 octobre 1832. Il était dyspeptique depuis cinq ans; il avait eu une pleurésie deux ans auparavant; depuis ce moment il n'avait jamais cessé de tousser. Quoique quinze jours avant l'époque indiquée ci-dessus, il avait repris ses travaux, cependant depuis quatre mois il était affecté d'hémoptysie; il vivait régulièrement, et ne s'était exposé ni au froid ni à l'humidité. La veille de son admission, ayant pris un léger souper auquel il n'était pas accoutumé, il avait été pris d'un violent vomissement qui, après l'évacuation des alimens, consista en un liquide assez analogue aux vomissemens des cholériques, et remplit une cuvette; ce vomissement dura jusqu'à cinq heures du matin. Il avait aussi de la douleur sous le sein gauche, de la dyspnée; sa toux avait augmenté d'intensité. Un médecin le saigna, lui plaça un large vésicatoire au-devant de la poitrine, et lui fit prendre quelques médicamens. Quand le docteur Crane le vit, il était couché sur le dos, soutenu par des oreillers; le front et les yeux étaient injectés par suite des efforts de vomissemens; la dyspnée et le point de côté avaient diminué, la toux et l'expectoration étaient fatigantes; il ne pouvait se coucher sur aucun des deux côtés, constipation; pouls plein. Le docteur Crane prescrivit un cathartique, et mit son malade à l'usage du tartre stibié, commençant par un demi-grain dans une once et demie de véhicule, trois fois par jour. Le 29, la douleur existait encore. On prescrivit un vésicatoire, et on éleva la dose du tartre stibié à un grain et demi,

à prendre comme auparavant. Le 31, la persistance des symptômes fit porter l'émétique à deux grains, trois fois par jour. Ce traitement fut continué jusqu'au 9 novembre, où la tolérance cessa. A cette époque, il se fit un grand changement dans les symptômes; la toux, la respiration et les crachats répandaient une odeur gangréneuse extrêmement prononcée; les crachats, qui avaient été muqueux, devinrent jaunes, verdâtres, purulens, quelquefois rouges-brunâtres. La faiblesse, qui avait toujours été extrême, devint encore plus grande, le pouls plus petit et plus plein; le visage était pâle et décomposé; la toux et l'expectoration continuelles; le décubitus, comme auparavant, sur le dos. Cependant la langue était nette et humide, et il avait un peu d'appétit. La poitrine avait un son très-clair à la pression, et avait la même largeur des deux côtés; mais l'action de lever le malade pour l'asseoir sur son lit causa un tel anéantissement des forces et une quinte de toux si violente, que l'on craignit qu'il ne succombât. Aussi ne pratiqua-t-on pas l'auscultation en arrière. Le stéthoscope fut appliqué à la surface antérieure de la poitrine; on n'y trouva qu'un râle muqueux non continu. Toutefois cet examen ne fut pas fait avec toute l'exactitude nécessaire, à cause de l'horrible odeur qui empêchait qu'on ne se tînt assez rapproché du malade. De ce moment le médecin anglais voyant que tous les symptômes annonçaient la gangrène pulmonaire, se borna à prescrire des pilules d'oxymel scillitique et d'opium, avec des pilules de sulfate de quinine, et un régime doux. On fit dans la chambre du malade des fumigations avec le chlorure de chaux, qui ne purent faire disparaître la mauvaise odeur. Le 8 novembre, on fit des frictions sur la poitrine avec la pommade stibiée, et le 12 du même mois six sangsues furent appliquées pour combattre de la douleur sous le sein droit. Le 14 décembre, les symptômes étant les mêmes, on augmenta la dose du sulfate de quinine, dont on fit prendre deux grains trois fois par jour. On prescrivit aussi l'inhalation du chlore, obtenue au moyen de quinze gouttes de solution saturée, trois fois par jour. La première fois ce médicament causa un peu d'irritation, ce qui donna l'idée de le combiner avec l'extrait de jusquiame, dont la quantité fut graduellement diminuée, tandis que celle du chlore fut élevée jusqu'à quarante gouttes. Peu de temps après qu'on eût commencé cette médication, la toux devint moins fréquente, le malade parut devenir un peu plus fort; l'amendement persista et marcha lentement. Les crachats étaient toujours d'un jaune-verdâtre. Le 21 janvier, il lui fut possible de rester un peu de temps sur le côté gauche, et de se mettre un instant sur son séant. L'inhalation fut supprimée pendant quelques jours, mais les crachats étant redevenus extrêmement fétides et mêlés de rouge-brunâtre, on fut obligé de la reprendre. Le 15 février, il put marcher et faire une promenade; il se couchait facilement sur le côté

gauche, mais non encore sur le côté droit. La toux, quoique diminuée de fréquence et de violence, persistait, et les crachats présentaient toujours leur couleur jaune-verdâtre, mais ils avaient perdu l'odeur gangréneuse. Au commencement d'avril il a repris ses travaux. Il tousse encore un peu, mais rarement, l'expectoration est simplement muqueuse; il se couche indifféremment à droite et à gauche, il mange et digère bien, et trouve sa santé excellente. (*London Medical Gazette*, 8 juin.)

Cette observation intéressante a cependant beaucoup moins d'importance que son auteur ne paraît lui en accorder. On ne peut plus s'appuyer seulement sur la couleur et la fétidité de l'expectoration, pour affirmer qu'il y a gangrène pulmonaire; la fétidité des crachats n'avait-elle pas d'ailleurs long-temps disparu avant leur couleur jaune-verdâtre? Ce fait doit être assimilé à ceux que l'on trouve dans *la Clinique* de M. Andral, et où il est tout-à-fait impossible d'attribuer à la gangrène pulmonaire la fétidité extraordinaire de l'expectoration. On en voit un exemple frappant dans l'observation qui est rapportée à la page 152 du second volume de cet ouvrage. Le sujet de cette observation était atteint d'un catarrhe pulmonaire chronique; toutes les fois que ce catarrhe s'exaspérait, les crachats prenaient une odeur et une saveur gangréneuses.

Hémiopie. (*Half-vision.*) — Le docteur Brodie fut consulté par un homme qui ne pouvait voir que la moitié de chaque objet. Il attribue ce phénomène à une affection organique du cerveau. Le docteur Wollaston fut atteint de la même maladie et l'attribuait à la même cause. Son opinion fut justifiée par l'examen de son corps après sa mort : une tumeur développée dans la couche optique du côté droit exerçait une pression sur le nerf optique de ce côté. Il a écrit sur ce sujet un mémoire intéressant dans les *Philosophical Transactions*. (*The Lancet*, 29 juin 1833.)

Thérapeutique.

Tétanos survenu a la suite d'une plaie par piqûre du pied, et guéri au moyen de la section du nerf tibial postérieur; *par le docteur Murray.* — Guillaume Pile, officier de marine, âgé de 15 ans, au commencement d'une traversée d'Angleterre à Calcutta, s'enfonça, par accident, un clou rouillé dans la plante du pied, dans l'intervalle qui sépare le premier et le second métatarsiens. Le lendemain matin sur les huit heures, le trismus commença à se manifester : la blessure datait de la veille au soir à neuf heures, et cet officier n'en avait pas moins fait son service la nuit. On s'était borné à recouvrir la plaie d'un cataplasme. Une potion camphrée et opiacée à haute dose ne produisit aucun effet. Le resserrement des mâchoires augmentait, ainsi

que la difficulté d'avaler; la contraction tétanique s'étendait aux muscles du cou. Le pouls battait 120; le blessé était frappé de l'idée qu'il allait succomber. Après l'avoir fait transporter dans une chambre du vaisseau, plus spacieuse et plus aérée, le docteur Leslie voyant la rapidité avec laquelle les accidens s'aggravaient, proposa la section du nerf tibial postérieur qu'on devait supposer avoir été lésé (dans quelques-unes de ses branches), d'après la situation et la direction de la plaie.

Cette opinion ayant été adoptée, une incision longue d'un pouce et demi, et dirigée verticalement, fut pratiquée à un pouce au-dessus environ et en arrière de la malléole interne; elle mit à découvert les vaisseaux de la jambe, et le nerf en fut ensuite séparé à l'aide d'une aiguille mousse. Ainsi isolé, ce nerf était très-gros; son volume parut double de ce qu'il est dans l'état naturel; sa couleur n'était pas altérée. On le divisa d'un seul coup de bistouri, et cette section fut excessivement douloureuse. Avant cette opération, le resserrement des mâchoires était porté à un tel point, que le malade ne pouvait parler distinctement, et à peine le nerf fut-il coupé, qu'il ouvrit subitement la bouche en poussant un cri assez fort. Un changement aussi rapide et inopiné surprit beaucoup tous les assistans. Interrogé sur ce qu'il éprouvait : « Je me trouve bien mieux, dit-il; je sens la vie renaître dans ma jambe. » Il eut presqu'en même temps besoin d'aller à la selle. Il s'écoula peu de sang de l'incision pratiquée à la jambe; on la réunit immédiatement à l'aide de bandelettes agglutinatives. La plaie du pied fut agrandie, mais l'amélioration si grande du malade empêcha de la cautériser, comme on en avait eu d'abord l'intention. On la recouvrit d'un cataplasme arrosé de laudanum : un purgatif fut administré. A peine replacé dans son lit, le malade s'endormit profondément sans avoir pris une nouvelle dose d'opium : son sommeil se prolongea quatre heures sans interruption. A son réveil, tous les symptômes avaient encore diminué d'intensité. L'écartement complet des mâchoires pouvait avoir lieu sans trop d'efforts, la douleur de la plaie du pied était disparue, le membre avait repris sa force et son agilité; il existait seulement un engourdissement à la plante du pied et au talon. Pour la nuit, on fit prendre la poudre suivante : ♃ *pulv. opii.*, gr. ij; *pulv. camphor.*, gr. xxiv. M. — L'agitation et la céphalalgie qui se manifestèrent dans la nuit, firent pratiquer le lendemain une saignée de douze onces qui apporta le plus grand soulagement. Les jours suivans, les accidens diminuèrent de plus en plus d'intensité. Le quatrième jour après l'opération, le mieux était encore augmenté. La plaie du pied guérit rapidement, l'incision de la jambe ne se cicatrisa qu'au bout de quinze jours. Le blessé éprouva pendant quelque temps de l'engourdissement, avec insensibilité du gros orteil et du talon, mais cette incommodité se dissipa graduellement, et la guérison a été complète. (*The London Med. and Phys. Journal*, mars 1833.)

Delirium tremens ; *observation par le docteur Croserio.* — L'extrait de l'ouvrage du docteur Ware, sur le *delirium tremens*, inséré dans le cahier du mois de février dernier, démontre si bien l'insuffisance des moyens médicaux contre cette grave affection, que je crois utile de soumettre au public médical l'observation suivante.

M[me] Maurice, âgée de 63 ans, barrière Blanche, n° 1, depuis nombre d'années faisait usage d'une quantité excessive de vin pendant toute la journée ; (toujours cependant avec quelque peu d'eau). Après de graves chagrins, et toujours stimulée par la sécheresse du gosier ; à force de boire, le soir elle était souvent comme étourdie. Peu-à-peu les jambes enflèrent ; des vomissemens de sang et des saignemens au nez avaient lieu très-fréquemment et en des quantités énormes. (Cette dame était habituée à être saignée deux fois par an.)

Peu-à-peu, elle perdit entièrement l'appétit ; un tremblement de tout son corps, augmentant sensiblement, devint tellement fort, qu'on était obligé de lui porter les alimens à la bouche ; ses jambes ne pouvaient plus la soutenir du tout, et on la soulevait par les aisselles pour la faire changer de place. Le matin, quand son attention était fortement excitée, ses réponses étaient assez justes ; mais dans la journée elle était dans un état de stupidité alarmant. C'est dans cet état que les parens me prièrent de lui donner des soins sérieux. (Plusieurs fois avant que la maladie devînt aussi grave, je lui avais donné des conseils qu'elle ne suivait jamais.) Outre les accidens ci-dessus, les jambes étaient enflées et dures jusqu'aux cuisses ; le doigt n'y faisait presque pas d'empreinte ; les saignemens de la bouche et du nez se renouvellaient si souvent et en si grande abondance, qu'ils semblaient mettre la vie en danger ; insomnie ; faiblesse excessive ; visage décomposé ; les yeux jaunes, abattus ; la bouche toujours sèche ; la langue embarrassée en parlant ; beaucoup de peine à s'exprimer. Attendu l'insuffisance reconnue des moyens ordinaires dans un état si grave, avec une complication scorbutique qui paraissait contr'indiquer les plus puissans, la saignée, j'eus recours à une autre médication.

Ayant vu que ces symptômes, avec d'autres moins saillans, correspondaient parfaitement à ceux de la noix vomique, j'administrai, le 19 avril, trois globules de sucre et gomme mouillés avec la teinture de noix vomique à la décillionnième atténuation, et en même temps, l'observation du régime homœopathique. Le 20, la malade prit le médicament à deux heures de l'après midi. Vers les sept heures, elle eut un peu d'angoisse et d'étourdissement qui se dissipèrent promptement ; elle dormit bien toute la nuit, et le lendemain, elle marchait et mangeait seule avec appétit.

Le 22, le tremblement et la faiblesse avaient entièrement disparu ; les jambes qui étaient dures et aussi enflées le matin que le soir, étaient ramollies et différentes de moitié ; les hémorrhagies n'avaient plus reparu.

Depuis ce temps-là les fonctions digestives ont toujours été parfaites; le teint s'est ranimé; il n'y a plus eu de saignemens au nez, ni par la bouche ; et lorsqu'on aura fait disparaître quelques symptômes scorbutiques des gencives, et un reste d'œdème du bas des jambes qui se forme lorsque M.me M. est restée quelque temps debout, sa maladie ne laissera plus de trace.

La simplicité de ce moyen et la promptitude de ce résultat contrastent trop avec les observations sur cette maladie rebelle, pour ne pas fixer l'attention des praticiens.

Emploi de la lobélie enflée dans le traitement de l'asthme ; *par le docteur Elliotson, médecin à l'hôpital Saint-Thomas, de Londres.* — L'auteur, dans une de ses dernières leçons de clinique, a appelé l'attention sur le traitement de l'asthme, et particulièrement sur les propriétés de la lobélie enflée, qui a eu un si grand succès dans les mains d'autres praticiens. Le docteur Ellioston a choisi un cas d'asthme compliqué de broochite, et il a fait ressortir la nécessité d'apporter dans le diagnostic des affections de cette nature une grande attention pour ne pas ordonner des médicamens qui, quoique fort efficaces en certaines circonstances, ne produisent dans d'autres aucun effet.

Un cocher, âgé de 40 ans, fut admis dans l'hôpital le 25 décembre. Il se plaignait de douleur à la poitrine, de toux et de difficulté de respirer; les inspirations étaient courtes et fréquentes. En se couchant il était souvent pris d'accès de dyspnée, particulièrement pendant la nuit, accès qui quelquefois allaient jusqu'à une suffocation imminente. Ces accès se répétaient souvent, et se terminaient toujours par l'évacuation d'une grande quantité d'urine. Quelquefois la sécrétion urinaire était considérablement diminuée pendant plusieurs jours de suite, après quoi une évacuation des plus abondantes avait lieu, et le malade était soulagé.

On administra d'abord un gros de lobélie enflée trois fois par jour et d'heure en heure, au commencement des accès, et l'on persistait jusqu'à ce que le médicament fatiguât l'estomac du malade, ou que les accès cessassent. Sous l'influence de ce remède, les accès diminuèrent en très-peu de temps; mais dans l'intervalle des accès, le malade était tourmenté par une difficulté continuelle de respirer. Le pouls était rapide, et il y avait de la fièvre. L'auscultation fit reconnaître en différens points de la poitrine un râle sonore et sibillant. Ces symptômes ne laissaient aucun doute sur la co-existence d'une bronchite, et quoiqu'on parvint très-bien à arrêter momentanément les spasmes par l'usage de la lobélie enflée, on ne pouvait espérer de guérison parfaite que par l'emploi d'un traitement antiphlogistique. En conséquence, on tira, entre les omoplates, 16 ℥ de sang par les ventouses, et on or-

donna ℈j de poudre d'ipécacuanha tous les matins. Ce moyen, dit M. Elliotson, est un des meilleurs pour débarrasser les tubes bronchiques. Le 2 novembre, on appliqua des ventouses scarifiées sur la poitrine, et on tira encore 16 onces de sang. Pendant les accès de respiration laborieuse, le malade continua à prendre la lobélie enflée. Le 6 novembre, la violence des accès avait diminué. On augmenta la dose de la lobélie jusqu'à un gros et demi, à prendre de la même manière et aux mêmes intervalles. Mais ces doses augmentées causèrent de violentes nausées, et les accès revinrent aussi forts qu'auparavant. Pendant tout ce temps on continua l'usage de l'ipécacuanha, et comme la lobélie enflée à hautes doses avait une fois causé un dérangement d'estomac, une petite quantité produisit alors le même effet. On a très-souvent remarqué, dit l'auteur, que quand une fois un médicament a dérangé l'estomac, de très-petites doses administrées ensuite produisent un effet semblable, quoique d'abord la substance n'exerçât aucune action nuisible. On ne donnait plus qu'un demi-gros de lobélie toutes les six heures, et cependant cette dose causait toujours des maux d'estomac. Le 30, on pratiqua une nouvelle saignée de quatre palettes, et l'on y revint le 4 décembre.

Le râle, sonore et sibillant, persistait, et les émissions de sang ne produisant aucun effet, on fut obligé d'avoir recours aux préparations mercurielles. Le malade prit deux grains de calomel deux fois par jour, et le 7 du mois la bouche était affectée. Il survint une diarrhée abondante; alors on ne lui donna plus que la lobélie. A la suite de ce traitement les accès devinrent peu-à-peu moins fréquens, et le malade se trouva si bien le 13 décembre, qu'il sortit de l'hôpital.

« Il me paraît très-évident, dit M. Elliotson, que la teinture de lobélie enflée n'exerce aucune influence sur les symptômes inflammatoires. Si l'asthme est compliqué de bronchite, ce médicament ne peut faire aucun bien, si ce n'est de diminuer les accidens spasmodiques de la maladie; il a même très-peu d'effet sur ces derniers, parce que la prédisposition spasmodique est entretenue par l'inflammation. Il faut donc, dans un cas de cette nature, adopter le traitement ordinaire pour la bronchite, et n'employer la lobélie que subsidiairement. Mais quand la maladie consiste seulement dans un accès de dyspnée purement nerveuse, la lobélie enflée est un des meilleurs moyens qu'on puisse employer. Il existe deux espèces de teintures de cette plante, l'une avec l'alcohol, et l'autre avec l'éther. La dose ordinaire de la teinture alcoholique est d'un demi-gros, mais il y a des personnes auxquelles on peut en donner jusqu'à un gros. Quant à la teinture éthérée, une dose de sept gouttes agit très-bien, et on peut l'augmenter jusqu'à vingt. Chez quelques malades, ce médicament agit comme par enchantement, de sorte qu'au bout de dix à vingt minutes ils sont complètement soulagés; tous les autres remèdes employés jusqu'à

présent contre l'asthme ne peuvent être mis en comparaison avec ce moyen. On a conseillé la lobélie enflée dans d'autres maladies spasmodiques, telles que le tétanos, etc. Les heureux effets qu'elle produit dans l'asthme méritent de fixer l'attention des médecins sur son emploi dans le traitement de ces affections. Les Indiens fument cette plante comme du tabac, et c'est une très-bonne manière de l'administrer, car elle est très-douce et aussi agréable que le tabac. Mais il n'y a pas de nécessité de l'employer de cette manière, car quelques gouttes de la teinture éthérée peuvent répondre à toutes les indications. Il faut cependant observer que quelques personnes ne peuvent la supporter, même aux plus petites doses, par exemple, une seule goutte. » (*The Lancet*, 1833, mars.)

Traitement des bubons chroniques; *par M. Fergusson, inspecteur-général des hopitaux militaires.* — Cette nouvelle méthode consiste dans une compression méthodique faite sur la partie affectée avec une compresse solide, assez large, non-seulement pour couvrir la tumeur, mais aussi pour l'envelopper complètement.

L'attention de M. le docteur Fergusson fut fixée, pour la première fois, sur ce moyen, quand il fut nommé à l'état-major du quartier de Plymouth, en 1805. Pendant l'hiver de cette année, qui fut très-doux et humide, des engorgemens inflammatoires des amygdales et des glandes du cou se montrèrent très-fréquemment; les bubons, suite de gonorrhées ou d'irritation syphilitique véritable, se manifestèrent dans tous les régimens de la place, excepté dans un seul, le régiment des milices de Cornwall. M. Sergeant, chirurgien de ce régiment, assura à M. Fergusson que les accidens dans les autres corps, devaient être attribués au traitement qui était inefficace. Pour mettre son opinion hors de doute, il choisit, sous les yeux de M. Fergusson, dans les hôpitaux, plusieurs cas de bubons de diverses formes, mais particulièrement à l'état de suppuration active. Tous ces cas furent promptement guéris par sa méthode de traitement par la compression, et plusieurs dans l'espace de 48 heures. Quelques-uns cependant étaient à-peu-près assez murs pour être ouverts par la lancette. La quantité de pus n'empêcha en rien ce traitement, et pourvu que les bubons pussent supporter la compression sans se crever, ils étaient dissipés comme les autres : s'ils venaient à se rompre, on appliquait la compression de manière à évacuer le pus et à rapprocher les parois de l'abcès.

La méthode de M. Sergeant consiste dans l'application d'une compresse mouillée d'une solution saturnine ou de toute autre lotion évaporante; cette compresse était fixée par une bande un peu plus large qu'à l'ordinaire et de plus de six aunes en longueur; d'abord roulée une fois autour de la partie supérieure de la cuisse affectée et ensuite ramenée autour du corps. Le malade doit en outre rester au lit. On doit renouveller la lotion très-souvent.

Les officiers de santé de la garnison de Plymouth s'empressèrent d'adopter ce mode de traitement, et depuis ce temps, il n'y a plus de bubons ouverts dans les hôpitaux militaires.

« Le résultat d'une expérience très-étendue me confirma, dit M. Fergusson, dans mon opinion sur l'efficacité de cette méthode ; ce fut particulièrement pendant mon séjour à Lisbonne, où j'eus à soigner un grand nombre de soldats français, prisonniers de guerre, que je reconnus son excellence. Un grand nombre d'entr'eux présentait des bubons. Quelques-uns même moururent des suites fâcheuses de bubons ouverts. Ces braves gens, en général, si confians et si gais, quoique nos ennemis, avaient perdu toute confiance dans leurs nouveaux médecins. Dans le commencement, ils regardaient d'un mauvais œil la méthode par la compression, croyant qu'elle n'était autre chose qu'une expérience qu'on voulait faire sur eux ; mais rien ne put égaler leur satisfaction, quand au bout d'un temps très-court, le bandage était levé, et qu'ils trouvaient que ces tumeurs incommodes avaient complètement disparu. » (*Medical Gazette* du 16 mars 1833.)

Académie royale de Médecine.

Séance du 25 juin. — M. Amussat réclame la priorité de l'instrument présenté dans la séance dernière par M. Ségalas. Il avait imaginé et appliqué, dès 1825, le volant dont a parlé M. Ségalas, et il l'avait fait graver en 1827 dans le *Journal des Progrès*. Déjà aussi il avait fait corriger par la charnière, les inconvéniens de la vis latérale. Il est le seul qui jusqu'à ce jour ait fait usage de cet instrument. Enfin, selon lui, M. Ségalas n'a fait qu'en alonger un peu la tige et à en modifier un peu le mécanisme, de manière à le rendre propre à-la-fois au broiement et à la percussion. — M. le président lit une note de M. Leroy, d'Etioles, qui réclame pour M. Touzet, jeune médecin français, maintenant en Amérique, la priorité des instrumens destinés à briser à volonté les calculs vésicaux par la pression ou la percussion.

Prix de l'Académie a décerner en 1835. — Sur la proposition d'une commission dont M. Cornac est l'organe, après discussion, l'Académie arrête : 1.° pour sujet d'un prix qu'elle décernera en 1835, la question suivante : *Faire l'histoire des collections purulentes qui se manifestent à la suite des opérations chirurgicales ; indiquer leur traitement.* 2.° Pour sujet d'un autre prix, en exécution des intentions de feu M. Portal, à décerner aussi en 1835, la question suivante : *Faire l'histoire anatomico-pathologique du ramollissement des tissus.*

Séance du 2 juillet. — M. le docteur Poujol, de Montpellier, donne, dans une lettre, des détails sur une femme chez laquelle il n'existe aucuns battemens artériels dans toute l'étendue du membre thoracique droit, ni au poignet, ni au pli du bras, ni dans le creux de l'aisselle; et cependant ce bras est aussi bien conformé que le gauche; la chaleur et la sensibilité y sont les mêmes. Cette femme dit que seulement dans les froids rigoureux de l'hiver, elle éprouve dans le petit doigt de cette main un engourdissement et un sentiment de fraîcheur qui gagnent de proche en proche les autres doigts. Elle attribue cette absence de tout battement artériel dans son bras droit, à un violent coup de pierre qu'elle reçut sur le coude à l'âge de dix à douze ans; du moins avant cette époque son pouls était également sensible dans les deux bras.

Instrument lithotriteur. — M. Ségalas répond aux deux réclamations qui ont été faites dans la séance précédente, par MM. Leroy, d'Etiolles, et Amussat. Il oppose à l'un, que l'instrument inventé par M. Touzet n'a pas été publié, et ne lui paraît pas propre à opérer la pression et la percussion sans préparation intermédiaire. Il oppose au second, qu'il n'a jamais prétendu s'approprier l'invention du volant, qu'il l'a seulement adapté à son instrument, de manière qu'on puisse, sans le démonter, faire succéder à volonté la pression à la percussion, et *vice versá*. Ceci ne pouvait être obtenu avec aucun des instrumens inventés par M. Amussat.

M. Amussat soutient qu'il est le premier inventeur des instrumens lithotriteurs dans lesquels l'action de la vis est concentrique à la tige qu'elle fait mouvoir.

Luxation congénitale du fémur. *Mémoire de M. Humbert, du département de la Meuse.* — M. le secrétaire donne lecture de plusieurs fragmens de ce mémoire, dans lequel M. Humbert prouve la convenance d'employer dans les luxations spontanées du fémur, les mêmes moyens mécaniques que dans les autres luxations coxo-fémorales. Cinq observations détaillées attestent les succès qu'il a obtenus. Dans une de ces observations, il s'agissait d'une petite fille de huit ans et demi qui, dans la station debout, présentait : 1.° une convexité antérieure du rachis formée par les vertèbres lombaires et les trois dernières dorsales; 2.° une dislocation des deux articulations coxo-fémorales, telle que les deux têtes des fémurs sorties de leurs cavités, et remontées derrière l'os des îles, faisaient de chaque côté du bassin une saillie considérable. Dans la position horizontale, la courbure s'effaçait, les têtes des fémurs descendaient et se plaçaient avec bruit dans leurs cavités; le bassin seul conservait sa position vicieuse. Il en était de même quand on suspendait cet enfant sous les bras. Au moyen d'appareils convenables, M. Humbert a guéri cet enfant en dix-neuf mois. Nous reviendrons sur ce mémoire lors du rapport qui sera fait

par les commissaires de l'Académie, MM. Double, Thillaye, Nacquart, Lisfranc et Breschet.

TÉTANOS TRAUMATIQUE. *Observation communiquée par M. Lepelletier, de la Sarthe.* — Un jeune garçon de 15 ans, d'une mauvaise constitution, porte un large ulcère chancreux au talon gauche, contre lequel on croit devoir recourir à l'amputation de la jambe faite au lieu d'élection. Les trois premiers jours se passent sans accidens. La réunion par première intention est effectuée dans une assez grande étendue; seulement une plus grande sensibilité du membre, et quelques mouvemens convulsifs dans le moignon, font redouter l'invasion du tétanos traumatique. En effet, le sixième jour le malade est atteint d'un trismus, et peu après tous les muscles inspirateurs sont envahis. Envain cinq à six saignées sont pratiquées; le mal gagne les extenseurs des membres thoraciques, et le malade périt le 8.e jour après l'amputation. — *Autopsie.* En dehors du moignon, sur la tête du péroné, il y avait un petit foyer purulent; traces d'inflammation dans tout le voisinage; le nerf sciatique, à son passage dans ce point, est tellement injecté, qu'il est couleur rouge foncée, et cette altération remonte vers l'articulation coxo-fémorale dans une étendue de 8 à 10 pouces. M. Lepelletier signale là une inflammation névrilématique, qu'il présente comme l'origine locale du tétanos général. La moelle rachidienne présente en effet une semblable injection de la pie-mère; mais seulement dans la portion qui répond aux points d'origine des nerfs qui ont ressenti l'influence directe de la lésion traumatique, et qui donnent le sentiment et la faculté motrice aux muscles qui ont été envahis par le tétanos. M. Lepelletier, dans cette observation, trouve la confirmation d'une opinion qu'il a émise, savoir, que le tétanos traumatique est le résultat d'une inflammation névrilématique.

Séance publique du 9 juillet. — Cette séance a eu lieu dans la salle des séances publiques de l'Institut. On y a annoncé pour sujets de prix à décerner en 1834 et 1835, les quatre questions que nous avons fait connaître dans nos comptes rendus du mois de juin. De plus, trois lectures principales y ont été faites. 1.° Un mémoire de M. le docteur Marc, président de l'Académie, intitulé : *De la monomanie dans ses rapports avec la médecine-légale.* C'est M. le docteur Husson qui a lu ce mémoire au nom de son auteur, M. Marc. L'existence de la monomanie y est admise, contre l'opinion de plusieurs magistrats et jurisconsultes célèbres; et parmi les exemples qu'on en cite, plusieurs avaient été repoussés comme tels par les tribunaux, et avaient été considérés et punis comme actes criminels, c'est-à-dire, comme ayant été accomplis avec intelligence et liberté. 2.° Un mémoire de M. le docteur Réveillé-Parise, intitulé : *Considérations médico-philosophiques sur ce mot d'Aristote; que la plupart des hommes célèbres sont atteints de mélancolie.* La pensée dominante de ce travail est que les

hommes célèbres ne doivent de l'être qu'à une plus grande activité et susceptibilité de leur système nerveux, soit native, soit acquise; et qu'en même temps cette plus grande susceptibilité et sensibilité nerveuse dispose les individus qui les possèdent à ce désappointement, à ce découragement moral qui constitue la mélancolie. M. Réveillé-Parise cherche d'abord à prouver sa thèse rationnellement et *à priori*; puis il cite de nombreux exemples dans les temps anciens et présens, pour la justifier par des faits. 3.° Enfin, la troisième lecture a été l'éloge de Georges Cuvier, par le secrétaire-perpétuel; éloge dans lequel M. Pariset n'a été ni au-dessous du grand homme dont il avait à faire connaître les grands travaux, ni au-dessous de lui-même. Ces trois lectures, tout académiques, se refusent à la laconique analyse qui nous est permise dans notre Bulletin, et nous renvoyons pour elles à la publication qui en sera faite dans le prochain fascicule des *Mémoires de l'Académie*.

Séance du 16 juillet. — Sanction par le Roi de la nomination de M. Sanson aîné, à la place de membre titulaire de l'Académie, section ou classe de pathologie externe.

Eaux minérales de Cauterets. — Il existe à Cauterets deux sources d'eaux minérales excellentes, mais presque hors d'usage par leur situation élevée, par le défaut de construction et par la difficulté d'y aborder. Pour les utiliser, deux projets ont été présentés au gouvernement : 1° l'un d'une commission locale, qui serait de faire descendre ces eaux au bas de la montagne, et de les mettre à l'usage des baigneurs par des constructions convenables ; 2° l'autre, de M. le docteur Baron, inspecteur des eaux de Cauterets, qui propose de ne pas déplacer ces eaux, mais de faire sur place les constructions nécessaires, et d'y faire arriver les baigneurs par un chemin nouveau, commode et sûr. Le ministre des travaux publics et du commerce, incertain sur celui de ces deux projets qui mérite la préférence, consulte l'Académie ; et la commission des eaux minérales, par l'organe de M. Louyer Villermay, appuye la proposition de M. le docteur Baron. MM. Lerminier et Castel parlent dans le sens de la commission ; celui-ci avance que toute eau minérale déplacée perd de son calorique et de ses propriétés. MM. Esquirol et Chevalier, au contraire, non-seulement nient ce dernier fait, si les tuyaux de conduite sont en bois, mais encore prouvent qu'il y aura plus d'avantage à amener les eaux au moins à mi-côte. Ils craignent que la source ne soit jamais visitée par les baigneurs à cause de la difficulté de ses abords. Après discussion, l'Académie adopte le rapport de la commission et les conclusions de ce rapport.

Vaccine. — M. le ministre, par lettre du 18 avril, avait demandé si l'Académie pouvait approvisionner de vaccin tous les dépôts des départemens : il demandait de plus une courte instruction sur les

moyens de se procurer et de conserver une quantité suffisante de ce fluide. M. Gérardin, au nom de la commission de vaccine, propose la mise à exécution des mesures prises autrefois par le ministre Chaptal, et M. de Lezai Marnésia, préfet du Bas-Rhin; il renvoye en outre à l'instruction publiée en 1830, par l'Académie. M. Bousquet veut qu'on ajoute, à la réponse au ministre, ce détail de plus : quand on remplit de vaccin les tubes, toujours il s'y glisse un peu d'air qui, à la longue, décompose le virus; pour prévenir cette altération, il faut achever de remplir les tubes avec de l'eau, laquelle ne modifie en rien le vaccin.

Avortement. — M. Taxil, médecin à Brest, donne lecture de l'observation suivante : Une dame, déjà mère de trois enfans, le fait appeler avec un de ses confrères, pour conjurer, s'il est possible, une fausse couche qui se renouvellait chez elle pour la troisième fois depuis quinze mois. Malgré leurs soins, l'avortement a lieu; l'œuf abortif sort en son entier, et l'on trouve que le cordon ombilical fait trois tours autour du col de l'enfant, qui en est serré au point de n'avoir pas deux lignes d'épaisseur. Evidemment, cette disposition du cordon a intercepté toute circulation de la mère à l'enfant; et le sang a reflué vers le placenta, dont la masse ost très-volumineuse relativement à l'enfant. M. Taxil remarque que l'entortillement du cordon autour du col de l'enfant n'avait pas été signalé encore à une époque aussi peu avancée de la grossesse. Il se demande si cet entortillement n'a pas été la cause de l'avortement. Il s'étonne enfin que le corps de l'enfant ait présenté un développement convenable, bien que certainement toute circulation fût impossible en lui, par suite de la striction exercée sur le cou. — Commissaires pour faire un rapport sur cette observation, MM. Danyau et P. Dubois.

Séance du 23 juillet. — **Choléra-morbus.** — M. Kéraudren communique une lettre de M. Guibert, chirurgien-major de la frégate la *Melpomène*, relative aux ravages qu'exerça le choléra sur l'équipage de cette frégate, par suite de sa station devant Lisbonne, et pendant son trajet de Lisbonne à Toulon.—Il est établi dans cette lettre que la frégate stationnait impunément dans le Tage depuis trois mois, bien que le choléra fût depuis ce temps à Lisbonne. Le 30 juin, tout l'équipage était brillant de santé. Tout à-coup le mal éclate; il tue en quelques heures, et beaucoup d'hommes en sont frappés. On se hâte de débarquer les malades pour les traiter à terre, et la frégate appareille et fuit le 3 juillet. Malheureusement ce fléau la suit, et dès le 5 il y avait à bord trente-deux nouveaux malades. Le 7 cependant on commença à remarquer une diminution dans la gravité des symptômes et la rapidité de la marche de la maladie. M. Guibert pense que le mal a sévi sur la frégate par la même cause inconnue qui lui a fait désoler Lisbonne. Pour les premiers malades, pas de prodrômes,

pas de degrés dans la maladie, mort en peu d'heures : évacuations abondantes et répétées, refroidissement des extrémités et de la face, absence de tous les phénomènes appréciables de la circulation, cyanose, sueurs visqueuses, aphonie, crampes des plus douloureuses dans les membres, dans les muscles de l'abdomen, des lombes, du thorax, dans le diaphragme lui-même; tels ont été les principaux symptômes. Il y avait mort rapide ou retour prompt à la santé, sinon que le malade conservait long-temps une faiblesse générale et de la difficulté dans les digestions; quelquefois aussi conversion en une fièvre typhoïde, si la réaction n'a pas été franche, ou si l'on a abusé de la médication excitante intérieure.

Remèdes secrets. — M. Collineau, au nom de la commission des remèdes secrets, fait adopter le rejet des remèdes secrets suivans : 1.° *une liqueur pour rafraîchir la bouche, fortifier les gencives et enlever la douleur de dents*, du sieur Villain, de Paris. 2.° Une *pommade* du même, appelée le *trésor de la peau*. 3.° Une huile *pour fortifier les cheveux et retarder leur chute*, par le même. 4.° Des *pastilles*, par le même encore, et qui ne sont que les pastilles alcalines de M. Darcet. 5.° Un sirop dit *lénitif pectoral*, de M. Flou, pharmacien à Paris. 6.° Un remède de M.me Flotard, *contre l'épilepsie*, consistant en une amulette portée sur le creux de l'estomac. 7.° Une *eau* de la dame Buck, de Paris, contre les maux d'yeux. 8.° Un remède de M. Coindreau, médecin à Chevonceaux (Charente-Inférieure), contre la rage, consistant en une omelette dans laquelle on fait entrer les écailles calcinées et pulvérisées d'un mollusque. 9.° Une *eau hygiénique* de M. Fragier, de Saint-Michel (département du Loiret), contre les affections nerveuses.

Angine couenneuse. — M. Bourgeois, au nom d'une commission, fait un rapport sur un mémoire de M. Gendron, de Château-Renault, intitulé : *Angine couenneuse et son traitement.* Selon M. Gendron, l'angine couenneuse et le croup sont deux affections qui ont la plus grande analogie, et qui ne diffèrent que par l'étendue des pseudo-membranes. La première lui paraît être essentiellement inflammatoire, du moins il s'est toujours bien trouvé de l'avoir combattue à son début par des applications de sangsues au col. Cependant, ce moyen ne convient plus à la seconde période du mal, et quand se montrent dans l'arrière-gorge des concrétions bien formées; alors la seule voie de salut consiste dans une cautérisation prompte et complète avec le nitrate d'argent. Le plus ordinairement ce moyen fait aussitôt éclaircir le timbre rauque et voilé de la voix, ce qui est dû à la destruction subite des fausses membranes : il est surtout réclamé dans les cas où ces fausses membranes sont dures et très-résistantes. M. le rapporteur, à l'emploi du nitrate d'argent, préfère pour cette cautérisation les acides minéraux, l'acide hydrochlorique spéciale-

ment, quand les fausses membranes sont mollasses, diffluentes, baignent dans une sérosité abondante, et s'accompagnent d'un stillicidium sanguinolent. M. Gendron pratique cette opération, tantôt avec une solution imbibée de nitrate d'argent, tantôt avec du nitrate d'argent solide que supporte un porte-crayon. M. le rapporteur croit ce dernier mode d'une exécution difficile, et il lui reproche en outre d'exposer à ce qu'un fragment de pierre infernale tombe dans les voies aériennes ou digestives, ce qui serait mortel. Il reconnaît du reste, comme fondée, la réclamation de M. le docteur Gendron, qui se présente comme ayant employé le premier la cautérisation du nitrate d'argent dans les angines couenneuses. — Après avoir entendu M. Castel, qui s'élève contre cette pratique, qu'il juge inutile et même dangereuse, et M. Lodibert qui rappelle qu'un médecin italien employait il y a long-temps dans les cas analogues, un mélange de sucre, de gomme et de nitrate d'argent, l'Académie adopte le rapport de MM. Bourgeois, Bricheteau et Jadelot.

Différences des virus blennorrhagique et syphilitique. *Mémoire de M. Sauvarn, médecin des hôpitaux de Varsovie.* — M. Chervin donne lecture de ce mémoire sur lequel nous reviendrons lors du rapport que feront sur lui MM. Breschet, Cullerier et Lagneau.

A quatre heures et demie, l'Académie est entrée en comité secret. On dit que le but de ce comité secret était de discuter la proposition faite par le Conseil d'administration, d'adopter un costume, à l'instar des autres Sociétés savantes entretenues aux frais de l'État.

VARIÉTÉS.

Association des médecins de Paris.

Les médecins de Paris se sont réunis trois fois pour discuter le projet de statuts rédigés par la commission. Nous ne croyons pas devoir reproduire les débats qui ont eu lieu à cette occasion, on ne peut que louer la manière dont ils ont été conduits par les présidens de chacune des séances, et soutenus par l'assemblée entière. Nous pensons que la discussion eût gagné à ce que ces statuts eussent été rendus préalablement publics. Quoi qu'il en soit, le résultat a été satisfaisant. Le projet de la commission a été adopté presqu'entier. Il n'y a été fait que des amendemens peu nombreux. Voici ces statuts, tels qu'ils sont publiés par un journal, la *Gazette médicale*.

STATUTS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS POUR LA FORMATION D'UNE CAISSE DE PRÉVOYANCE.

§. I.er — *But de l'association.*

Art. 1er. Les médecins de Paris s'associent dans le but de fonder une caisse de prévoyance.

§. II. — *Composition de la Société.*

Art. 2. La société est exclusivement composée de docteurs en médecine et en chirurgie reçus dans l'une des Facultés du royaume, et habitant la ville de Paris.

Art. 3. Ne peuvent faire partie de la société, les médecins qui affichent, font distribuer des adresses ou *exposent des tableaux* (1) sur la voie publique.

Art. 4. Indépendamment des cas prévus par l'article précédent, la société exclura de son sein ceux de ses membres qui auraient compromis d'une manière grave la dignité de la profession.

§. III. — *Organisation de la Société.*

Art. 5. La société est représentée par une commission générale composée de 36 membres, tirés au sort et fournis en nombre égal par les douze arrondissemens de Paris.

Art. 6. Le tiers des membres de la commission générale est renouvelé chaque année ; les membres sortans seront tirés au sort les deux premières années ; les années suivantes ils sortent par rang d'ancienneté.

Art. 7. Trente-six membres suppléans seront nommés et renouvelés chaque année de la même manière que les titulaires. Ils remplaceront les titulaires qui cesseront de faire partie de la commission. Sera réputé demissionnaire tout membre qui aurait manqué à quatre séances sans motifs valables.

Art. 8. La société nomme elle-même au scrutin et à la majorité relative des suffrages :

Un président, un vice-président et un secrétaire-général.

La commission générale nomme dans son sein une sous-commission composée de cinq membres, une commission de comptabilité composée de trois membres, et un trésorier. Le trésorier pourra être choisi parmi tous les membres de la société.

Art. 9. Le président de la société préside la commission générale dans toutes ses réunions, et l'assemblée générale qui a lieu à la fin de chaque année. Il n'est élu que pour un an ; il est rééligible.

---

(1) Les mots en italique ont été ajoutés au projet de la commission.

Art. 10. En cas d'absence du président et du vice-président, la commission générale est présidée par le membre le plus âgé.

Art. 11. Le secrétaire-général a le dépôt des archives, reçoit toutes les communications qui sont adressées à la commission générale, rédige les procès-verbaux des séances et transmet à la sous-commission les pièces qui lui parviennent dans l'intervalle des réunions de la commission générale ; en cas d'absence, il est suppléé par le secrétaire annuel.

Art. 12. Le trésorier tient les comptes de la société ; il effectue toutes les dépenses et recettes. Il fait connaître chaque mois la situation de sa caisse à la commission générale.

Art. 13. Une somme qui ne pourra pas dépasser 1,000 fr. par an est allouée au trésorier pour frais d'un commis chargé de la tenue des livres et du recouvrement des fonds.

Art. 14. La commission de comptabilité vérifie les comptes du trésorier ; elle a la surveillance des fonds de la société, fait les placemens, et signe avec les membres du bureau, les ordonnances de dépenses et de secours.

Art. 15. La commission se réunit une fois par semaine ; elle prend connaissance des pièces adressées à la commission générale dans l'intervalle des séances, à accorder dans les cas d'urgence. Elle donne connaissance de ses actes et décisions à chaque réunion de la commission générale.

Art. 16. La commission générale se réunit une fois par mois ; elle prononce l'admission *et propose l'exclusion motivée des membres de la société.*

L'exclusion sera prononcée par la société, au scrutin secret et à la majorité de deux tiers des membres présens.

L'accusé aura le droit de présenter lui-même ou de faire présenter sa défense (1).

Art. 17. La commission statue sur les secours à accorder, prend toutes les mesures qu'elle juge convenables dans les limites prescrites par les statuts, et rend compte de sa gestion le premier dimanche de juin de chaque année, à la société réunie en assemblée générale.

Art. 18. Tous les fonctionnaires de la société, à l'exception du secrétaire-général et du trésorier, ne sont nommés que pour un an ; tous sont rééligibles.

---

(1) Les articles 16 et 17 n'en formaient qu'un dans le projet de la commission ainsi conçu :

« La commission générale se réunit une fois par mois ; elle prononce l'admission ou l'exclusion des membres de la société au scrutin secret, et à la majorité des deux tiers de voix des membres présens ; elle statue sur les secours à accorder, etc.

Art. 19. Le secrètaire-général et le trésorier sont nommés pour cinq ans ; ils sont rééligibles.

§. IV. — *Des fonds.*

Art. 20. Les fonds de la société se composent :
1° De rétributions d'admissions ;
2° De cotisations annuelles ;
3° Des revenus des fonds ;
4° Du produit des dons et legs ;

Art. 21. Chaque médecin qui est admis à faire partie de l'association est tenu de payer, au moment de son admission, une somme qui ne pourra pas être moindre de 12 fr. Il s'engage en outre à payer entre les mains du trésorier, avant le 1er avril de chaque année, une cotisation de 12 fr. Tout ce qui dépassera la somme de 12 fr. pour droits d'admission et de cotisation sera considéré comme don fait à la société. Les membres qui n'auraient point rempli les conditions prescrites par cet article seront considérés comme démissionnaires de la société, s'ils ne présentent des excuses valables, et n'auront aucun recours contre elle pour les fonds qu'ils auraient versés précédemment.

Art. 22. La société recevra des dons et des legs. Les dons des personnes étrangères à l'association ne seront acceptés que sur une décision prise à la majorité des membres de la commission générale.

Art. 23. Les fonds de la société sont placés en rentes sur l'État et gérés par la commission de comptabilité, le président et le trésorier.

Art. 24. Les dons et legs faits à la société, ainsi que les fonds provenant de rétributions d'admission, constituent le capital social, qui reste inaliénable.

§. V. — *Des secours.*

Art. 25. Le fonds de secours se compose du revenu du capital social et du produit des cotisations annuelles ; il est spécialement destiné à soulager les médecins devenus malheureux par suite de maladies, d'infirmités ou des progrès de l'âge.

Art. 26. Les ayant-droit aux secours de la société sont :

1° Les sociétaires, *pourvu qu'ils comptent cinq années consécutives de souscription, ou cinq années de doctorat et de résidence à Paris, tant que l'existence de la société n'aura pas atteint la durée nécessaire pour l'exécution de cette clause.*

Sont exceptés de cette disposition, les médecins fondateurs actuellement résidant à Paris qui auront souscrit avant le 1er septembre.

2° Les veuves et les enfans des sociétaires.

La commission sera juge des cas où il serait convenable d'étendre les secours aux père, mère, frères et sœurs des sociétaires, et aux médecins non-sociétaires.

Art. 27. Un *sixième* seulement du fond des secours annuels pourra être délivré aux personnes étrangères à la société. Les *cinq sixièmes* restans seront exclusivement destinés aux sociétaires et à leurs ayant cause.

Art. 28. Les secours seront délivrés par le trésorier, d'après une décision de la commission ou de la sous-commission, et sur la présentation d'une ordonnance du comité de comptabilité, visée et approuvée par le président et le secrétaire.

Art. 29. Les secours accordés par la sous-commission dans l'intervalle de deux réunions de la commission générale, ne pourront dépasser la somme de 50 fr.

Art. 30. Les secours seront temporaires et pourront être renouvelés. *La commission pourra accorder une pension aux sociétaires infirmes, aux veuves et aux enfans. Cette pension pourra être révoquée en assemblée générale.*

Art. 31. Les valeurs du fonds de secours annuels restés sans emploi à la fin de l'année, seront divisés en deux parties; une moitié sera ajoutée au capital social, et l'autre moitié sera versée dans la caisse des secours de l'année suivante.

§. VI. — *Assemblée générale.*

Art. 32. Une assemblée générale de la société aura lieu le premier dimanche de juin de chaque année, à huit heures du soir.

Art. 33. Le secrétaire-général communiquera à l'assemblée le résultat des travaux et de la gestion de la commission. Il fera connaître les noms des personnes qui, dans le cours de l'année, auraient fait des dons ou des legs à la société.

Art. 34. Le bureau s'adjoindra six secrétaires pour le dépouillement du scrutin destiné au renouvellement du bureau. A cet effet, un scrutin, resté ouvert depuis neuf heures du matin jusqu'à quatre heures après midi, le jour fixé pour la réunion, recevra le vote de chaque membre.

Art. 35. Dans le cours de la séance annuelle, il sera procédé au tirage au sort des membres sortans et des membres rentrans.

Art. 36. Des assemblées générales extraordinaires pourront avoir lieu d'après une décision de la commission générale, et sur la convocation du président.

§. VII. — *Dissolution de la société.*

Art. 37. En cas de dissolution de la société, le capital social sera affecté à la fondation de lits dans des établissemens dépendans de l'administration des hôpitaux, pour les médecins, officiers de santé ou élèves en médecine devenus infirmes, *à mesure de l'extinction des pensions.*

§. VIII. — *Disposition générale.*

Ar. 38. La liste des membres de la société *et celle des donateurs seront* publiées à la fin de chaque année, et envoyées à chaque membre avant le jour fixé pour l'assemblée générale.

§. IX. — *Articles additionnels* (1).

Art. 89. Si dans une assemblée générale, le tiers des membres présens réclame la révision du réglement, l'assemblée décidera sur cette demande a la majorité des voix.

Art. 40. Chaque médecin qui voudra faire partie de l'association, devra se faire inscrire sur les registres dans les cinq premières années de son exercice ou de son domicile à Paris.

Art. 41. Pour décider s'il y a lieu à proposer l'exclusion d'un membre, la commission devra être réunie en nombre complet ou être complétée par les suppléans; et la majorité des deux tiers des voix sera nécessaire pour que la proposition soit adoptée.

Art. 42. Pour voter l'exclusion d'un membre, l'assemblée générale devra être composée de la moitié, plus un, du nombre total des sociétaires inscrits.

— Le concours pour la chaire de clinique interne s'est terminé dans les premiers jours de ce mois. Le résultat en était nécessairement prévu. M. Rostan a été proclamé professeur, au milieu des applaudissemens presqu'unanimes. Nous ne reviendrons pas sur ce concours, Notre sentiment a été assez connu.

Concours pour la chaire de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Ce concours, qui est presque terminé, s'est ouvert et continué sous d'heureux auspices. Avant qu'il eût commencé, les compétiteurs, qui ont tous un intérêt égal à une bonne disposition et à une exacte appréciation des épreuves, avaient eu le bon esprit de s'entendre pour demander des modifications dans les conditions du concours; ce qu'ils ont obtenu facilement. Les épreuves, pour ce concours, se composent: 1.° d'une leçon d'une heure sur un sujet donné vingt-quatre heures d'avance; 2.° d'une autre leçon, après trois heures de préparation, et sans communication extérieure; 3.° de l'argumentation d'une thèse

(1) Ces articles ont tous été ajoutés au projet et adoptés sans être préalablement rédigés. Nous ne certifions donc ici que le sens et non la rédaction définitive.

composée sur une sujet donné à chaque concurrent; 4.° de l'appréciation des titres antérieurs. On a conservé le système des chiffres, qui a donné lieu à tant de réclamations dans le concours précédent; on devra donc classer les concurrens d'après le rang qu'ils auront obtenu dans chaque épreuve, sans tenir compte de la supériorité relative de ceux qui se succèdent immédiatement. Les titres antérieurs ne compteront que comme les autres épreuves, et n'enlèveront pas de cette manière toute chance à ceux qui n'ont pas autant d'antécédens que certains de leurs compétiteurs. Ce mode de concours est assurément une amélioration. Il faut espérer que d'expériences en expériences, et avec un peu de bonne volonté, on arrivera, sinon à une institution parfaite, du moins à une institution qui approchera le plus de la perfection, à celle qui présente le moins d'inconvéniens possible. Nous persistons à croire qu'on aura atteint ce but lorsqu'on aura un jury un peu plus nombreux, composé de membres choisis ou élus parmi tous les médecins que leur position ou leurs travaux signalent comme compétens dans la matière, et non de membres pris au hasard dans la Faculté et dans l'Académie, et lorsque ce jury sera tenu de rendre publics les motifs de ses jugemens, au lieu de décider des questions de supériorité par des votes silencieux, que des considérations particulières peuvent influencer si diversement.

Ce qui a lieu dans le présent concours est une nouvelle preuve de la vérité de ce que nous avançons : aucun concours n'a offert un si grand nombre de compétiteurs également dignes d'occuper la chaire qu'ils se disputent, entre lesquels on ait dû être plus embarrassé de signaler d'avance le vainqueur. Depuis que les leçons orales ont été faites, que d'opinions différentes ont été émises sur la valeur comparative de ces leçons, suivant les dispositions personnelles ou les lumières de ceux qui croient pouvoir les juger. On dit même que des leçons, généralement regardées au-dehors comme des meilleures du concours, ont été assez mal accueillies au sein du jury par les membres les plus compétens et par conséquent les plus influens. Nous ne parlons pas de ces bruits ridicules d'engagemens pris d'avance de nommer tel candidat, dont le mérite réel peut se passer de faveur et de bienveillance convenue; ni de ces bruits plus récens de tendance vers un autre candidat que l'infériorité de ses épreuves laisse nécessairement en dehors de toute chance de succès pour cette fois-ci ! Après quelques séances, les premiers bruits s'étaient évanouis, et la composition du jury ne pouvait guère leur donner consistance; le résultat du concours ne manquera pas de montrer le peu de réalité des autres. Mais, au milieu de l'hésitation de l'opinion publique, qui devrait avoir mission de réformer les jugemens erronés par le poids de ses raisons, qui, par son autorité, pourrait concilier des sentimens contradictoires, si ce n'est le jury, et pour cela il n'aurait qu'à motiver ses

jugemens. On ne nous persuadera jamais qu'il soit difficile à une réunion d'hommes cent fois plus éclairés que nous, de faire, sous ce rapport, ce que nous faisons tous les jours, d'exprimer, de formuler l'opinion de la majorité. Toutes les garanties du concours sont là.

Nous n'avons pas dessein de rendre un compte détaillé de chacune des leçons des compétiteurs. Nous nous bornerons à reproduire le jugement porté par de bons esprits sur la plupart d'entr'eux. Seulement, nous insisterons sur quelques leçons qui nous semblent avoir été mal appréciées, ou que du moins nous jugeons différemment. Mais auparavant, nous devons féliciter et les membres du jury et les concurrens : c'est depuis que l'institution est rétablie, le premier concours où nous voyons également dans tous les compétiteurs cette tenue, cette convenance de conduite, qu'on doit attendre d'hommes distinés à se combattre uniquement par le mérite, et que l'intérêt personnel a si souvent fait oublier.

Les concurrens sont au nombre de sept. Ce sont MM. Sanson, Lepelletier, Velpeau, Gerdy, Blandin, Dubled et Bérard jeune. MM. Lisfranc et Laugier, inscrits d'abord, se sont retirés avant l'ouverture du concours. M. Sanson, dans ses deux leçons, a été ce qu'il s'était montré dans le précédent concours, ce qu'on devait attendre de l'auteur d'excellens articles de chirurgie dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* : esprit exact et judicieux, praticien éclairé, il ne lui manque pour faire un très-bon professeur, qu'un débit un plus animé, qu'un talent d'exposition qui captive davantage l'attention des auditeurs. On s'accorde assez à penser que dans un concours de clinique chirurgicale, M. Sanson aurait eu probablement sur ses compétiteurs les avantages que plusieurs d'entr'eux paraissent avoir dans celui-ci. Ce chirurgien avait à traiter dans sa première leçon, de *l'inflammation dans le système veineux ; quelles sont les causes qui la déterminent ; quel est le traitement qui leur convient*, dans sa seconde, des *tumeurs blanches*, question également traitée par M. Lepelletier. Ce candidat, qui, pour sujet de sa première leçon, avait à parler sur *l'étranglement*, est tout l'opposé de M. Sanson. Son élocution est facile, même élégante, l'exposition de ses idées nette et faite avec art. Mais la forme, quelque séduisante qu'elle puisse être au premier abord, ne peut long-temps voiler la nudité du fonds. Aujourd'hui que la réflexion a dû faire revenir sur l'impression produite par les leçons de M. Lepelletier, nous ne croyons pas avoir besoin de démontrer ce que nous avançons.

Sans contredit, l'une des plus belles leçons du concours actuel est celle que M. Velpeau a faite sur *la suppuration*. Il serait difficile d'exposer avec plus de facilité, plus d'intelligence, une histoire complète de la suppuration, de disposer avec plus d'art la matière d'une leçon d'une heure, de manière que chacun des objets qu'on a cru devoir y faire entrer reçût

les développemens qu'ils doivent proportionnellement avoir dans un cadre circonscrit par le temps. Toutefois, si les termes de la question, telle qu'elle était posée, ne le prescrivaient pas, la nature du concours y invitait, peut-être M. Velpeau eût-il dû s'attacher un peu plus à la partie pathologique de la question. Mais la partie physiologique a été complètement et parfaitement traitée.

M. Gerdy, qui a parlé après M. Velpeau, avait à traiter la question suivante : *De l'inflammation considérée comme moyen de guérison dans les maladies chirurgicales.*

Une sorte de fatalité est attachée à M. Gerdy, fatalité que nous ne chercherons à expliquer qu'en partie pour le moment. Avec de vastes connaissances, une logique rigoureuse, une imagination qui colore fortement les objets, enfin avec une facilité et une chaleur d'improvisation qui, appliquée à des matières moins arides, passeraient aisément pour de l'éloquence, ce candidat, malgré de si hautes facultés, s'est rarement concilié autant de suffrages que beaucoup d'autres hommes qui lui étaient certainement inférieurs sous les rapports mêmes indispensables dans une carrière scientifique. L'allure peu commune de M. Gerdy, son esprit indépendant qui fait qu'il ne peut se plier aux manières de faire et aux idées reçues lorsqu'elles ne lui paraissent pas justes ou qu'il ne les a pas rendues siennes par ses réflexions, dérangent les habitudes de ceux qui ne veulent se donner la peine que de juger tout juste ce qu'ils voient et jugent tous les jours. Enfin M. Gerdy, dans un concours, a le *mauvais esprit* de traiter les questions qui lui sont proposées dans le sens que renferment rigoureusement les termes dans lesquelles elles sont conçues, et non dans celui qu'on entrevoit vaguement à travers des idées superficielles ou peu logiques. De là la source de tant de mécomptes! Dans ceste première leçon, M. Gerdy avait à traiter, comme nous l'avons dit, de l'inflammation comme moyen de guérison dans les maladies chirurgicales. Si nous en jugeons d'après la manière dont nous avons entendu envisager cette question au moment où elle fut donnée, et surtout d'après la nature des questions proposées aux autres concurrens dans le cours de la même épreuve, nous soupçonnerions volontiers le jury de n'avoir pas bien senti, en la posant, toute la différence qui la sépare des autres questions. Ainsi c'est la *suppuration*, la *gangrène*, le *cancer*, *l'étranglement*, toutes questions générales traitées dans tous les ouvrages de pathologie : maintenant c'est *l'inflammation*, mais considérée seulement sous un rapport inusité. Ce n'est pas que nous blâmions une telle question : loin de là, nous croyions que toutes les questions devraient être tellement posées, que les concurrens ne pussent pas les trouver toutes faites dans les livres les plus répandus. Nous avons seulement fait ces remarques pour montrer le désavantage qu'avait ici M. Gerdy, si c'en est un réel d'avoir à à montrer toute sa force, pour répondre à ceux qui prétendraient

que M. Gerdy dût traiter des théories de l'inflammation, comme on pouvait le faire pour la suppuration, la gangrène, le cancer.

Quoique limitée par son application spéciale à la pathologie et à la thérapeutique chirurgicales, la question de M. Gerdy était d'une vaste étendue ; car, d'un côté, l'inflammation prend part à une multitude de maladies, et constitue inévitablement un des temps de la marche naturelle qui les mène à la guérison, et, de l'autre, le chirurgien trouve à chaque instant l'occasion de la provoquer dans des parties saines, de la substituer à une autre affection dans des organes malades, etc. Mais l'étendue de la question n'était pas, pour un homme dont la science et l'érudition sont bien connues, la difficulté principale. C'était plutôt l'embarras, je dirais volontiers l'impossibilité de classer cette foule de matériaux si divers qui devaient entrer dans sa leçon. Qu'on réfléchisse en effet à cette prodigieuse diversité des cas dont il fallait parler, et l'on conviendra qu'il n'y a pas moyen d'y découvrir des points de vue généraux qui permettent de les embrasser tous. Il est bien facile de demander à un auteur une méthode lumineuse, mais il y a une condition indispensable pour qu'on l'obtienne ; c'est que cette méthode existe pour ainsi dire dans les faits. La méthode n'est qu'une classification ; or, une classification n'est possible (une bonne s'entend), qu'autant que les objets à classer présentent de frappantes analogies. Ces analogies nous n'en apercevons pas l'ombre dans une partie des faits chirurgicaux qui se guérissent naturellement ou artificiellement par l'inflammation ; d'autres en ont de très-réelles, et pour ceux-ci M. Gerdy a suivi la méthode la plus logique et la plus convenable d'exposition. Prenant pour base principale de ses divisions l'espèce d'inflammation dont il avait à étudier les résultats, l'inflammation adhésive, suppurative, ulcérative, éliminatoire, etc., il a exposé les cas qui se rapportent à chacune d'elles dans les affections de la tête, du cou, de la poitrine, de l'abdomen, etc., et cela avec une profusion de savoir qu'il faudrait blâmer dans un professeur, si l'on avait plus souvent occasion de se plaindre d'un pareil défaut.

L'exposition de l'influence de l'inflammation, du mécanisme de ses effets pour la guérison naturelle des maladies, donnait tout naturellement et comme corollaire la théorie des procédés qu'emploie la chirurgie quand elle enflamme pour guérir, car l'art n'est jamais ici qu'une imitation de la nature. Aussi M. Gerdy a-t-il pu être dans cette partie de sa leçon, très-concis sans être incomplet. Toutefois nous aurions désiré qu'il eût donné quelques développemens à des cas curieux et encore assez peu connus, dans lesquels on a obtenu la guérison d'affections rebelles à toute autre méthode, au moyen d'inflammations provoquées de diverses manières, et nous aurions fait volontiers pour cela le sacrifice de quelques-uns de ceux qu'il a surabondamment fournis dans la première partie de sa leçon. Quoi qu'il en

soit, nul ne saurait nier que cette leçon ne soit celle d'un homme savant et d'un chirurgien qui connaît bien toutes les ressources de son art. Mais s'il nous est permis de comparer, sinon pour le fonds, du moins sous le rapport de la forme et de l'ensemble, la valeur de ces deux leçons qui n'ont peut-être, il est vrai, rien de comparable à cause de la diversité des sujets, celle de M. Velpeau et celle de M. Gerdy, entendues dans la même séance, nous dirions que la leçon de M. Velpeau a laissé une impression plus satisfaisante que celle de M. Gerdy.

Dans la leçon improvisée, ou du moins faite après trois heures seulement de réflexion, MM. Velpeau et Gerdy se sont trouvés encore sur le même champ de bataille : tous deux avaient à traiter des *plaies de tête*. M. Velpeau s'est montré avec les mêmes avantages, les mêmes talens de professeur que dans sa première leçon, sachant en distribuer avec méthode et économie toutes les parties. Si, sous tous les rapports, nous croyons la leçon de M. Gerdy supérieure à la leçon de M. Velpeau, nous n'en pensons pas moins que celle-ci a un très-grand mérite, et qu'il n'appartenait qu'à un homme peu ordinaire d'en être l'auteur.

La première chose que nous louerons dans la leçon de M. Gerdy, et celle dont on lui a tenu le moins compte, c'est la judicieuse distribution des parties dont elle s'est composée. Quoique l'auditoire qui se presse aux épreuves de ce concours se compose, pour une bonne part, d'hommes instruits et de médecins exercés, on s'étonne de le voir montrer les mêmes exigeances qu'on trouverait dans une réunion de jeunes écoliers. Il ne lui suffit pas que le professeur procède toujours avec ordre et méthode, sans perdre son temps à expliquer pour quel motif il suivra tel ordre ou telle méthode; on ne se contente même pas de l'entendre une fois pour toutes tracer le cadre de sa leçon et en marquer à l'avance les divisions et les subdivisions successives, on lui pardonnerait volontiers de n'avoir que peu de faits et un mince bagage scientifique à y faire entrer, pourvu qu'à chaque instant il prit soin de faire *remarquer* combien ce qu'il vient de dire est *remarquable*, pourvu qu'à chaque période de cinq minutes, pendant que l'aiguille de sa montre avance, il revint sur ses pas pour redire ce que tout auditeur attentif sait aussi bien que lui, ce qu'il a fait et comment il l'a fait, pourvu qu'à chacune de ces pauses il annonçât pour la deuxième, la troisième, la dixième fois, le chemin qui lui reste à parcourir et les dispositions qu'il va prendre, non pour arriver vite, mais pour n'arriver au bout de sa science que quand l'heure sonnera. De telles manières ne sauraient convenir, quoi qu'en disent les habitués des *petits concours*, à l'homme qui aspire à monter dans une chaire de la première Faculté de médecine de France, et qui doit être jugé par des professeurs et des académiciens. Pour lui la méthode consiste, non à dire qu'il commencera par le commencement qu'il

continuera par le milieu et qu'il finira par la fin, avec force commentaires sur chacun de ces points, mais à faire ce que d'autres se contentent de promettre, à placer chaque partie de sa leçon dans l'ordre logique marqué par le plus ou moins de généralité des idées qu'elle renferme, à exposer les faits dans l'ordre naturel de leurs liaisons.

L'histoire des plaies de tête présente un grand nombre de considérations qui s'appliquent à toutes, un plus grand nombre encore qui ne conviennent qu'à des espèces particulières de ces plaies. Il faudra donc traiter et traiter en deux sections distinctes, des plaies de tête en général; puis d'un certain nombre de formes spéciales de ces plaies, que l'histoire générale ne fait pas suffisamment connaître. Il le faudra sous peine de confondre sans cesse, dans des rapprochemens qui trahissent un esprit peu philosophique, des inductions d'une haute généralité avec des conséquences restreintes ou des faits isolés, sous peine d'être fort incomplet, par l'impossibilité de tout faire entrer dans un cadre tracé sur une seule donnée; sous peine de sacrifier, par conséquent, ou des généralités de grande importance, qui donnent la mesure de la portée d'esprit, ou des spécialités d'observation qui donnent celle du savoir et de l'habileté pratique.

M. Gerdy a parfaitement compris cette nécessité. Il a fait avec profondeur l'histoire des plaies de tête en général. On conçoit qu'il ait dû donner beaucoup de place dans cette partie à tout ce qui concerne la commotion, la compression primitive ou secondaire, la congestion, les abcès. Ces états, si ressemblans, dans quelques cas, aux yeux d'un observateur sans perspicacité, si divers dans leur nature et quant au traitement qu'ils réclament, constituent véritablement l'objet le plus important de la doctrine chirurgicale des plaies de tête; c'est là-dessus que roule le pivot principal de la thérapeutique, là qu'il faut chercher les véritables indications d'une opération aussi avantageuse dans les cas qui la réclament véritablement, qu'elle serait funeste dans les autres.. M. Gerdy a traité de tout cela avec une justesse, une solidité, une profondeur qu'il y aurait la plus grande injustice à méconnaître, et avec une étendue de savoir qui ne l'a laissé sur aucun point, (quoi qu'en aient pu dire quelques critiques) en arrière des progrès les plus récens de la chirurgie.

Libre alors de la partie générale de la question, et suppléant à la brièveté du temps par la rapidité d'une parole concise, vive et animée, M. Gerdy a exposé, sur un grand nombre de plaies, de forme spéciale, de siége varié, etc., tout ce qu'il est nécessaire d'en connaître, sous quelque rapport qu'on veuille les considérer. Nous devons dire que la partie du traitement a toujours été exposée avec le plus grand soin, et que le caractère général de la leçon dénote évidemment en M. Gerdy un homme fort exercé à la pratique, et qui juge et prononce bardiment parce qu'il a beaucoup vu.

Après tant de choses, qu'il semblait difficile de faire entrer dans une leçon d'une heure, M. Gerdy a trouvé le temps d'entamer le tableau historique des progrès de la chirurgie des plaies de tête, et la notice des travaux originaux qu'il importe le plus de connaître sur la matière. Nous regrettons beaucoup que l'heure fatale l'ait interrompu avant la fin, non par rapport à lui, dont le savoir est connu et les preuves sont faites en ce genre, mais pour nous-mêmes, qui aurions entendu avec autant de plaisir que de profit une histoire faite avec tant d'érudition et de critique.

Nous ne craignons pas de dire hautement, parce que nous le pensons avec conviction, que cette leçon est la meilleure du concours. L'auditoire a prouvé par des applaudissemens répétés et des acclamations inusitées, qu'il en comprenait mieux le mérite que certains critiques dont le ton tranchant et la parole dédaigneuse nous ont fait un devoir de relever la sentence qu'ils ont prononcée sur M. Gerdy.

M. Blandin, éprouvé par de nombreux concours et qu'une belle position en chirurgie rendait un compétiteur redoutable, n'a pas tout-à-fait répondu à l'attente de tous ceux qui estiment son talent. Ce candidat a eu pour questions : *de la gangrène* et *de l'anévrysme sous le rapport chirurgical*. La première question n'a pas été traitée d'une manière assez saillante pour balancer les avantages pris par ses rivaux dans la même épreuve ; et il est resté bien au-dessous d'eux dans la belle question de l'anévrysme, question rendue si facile à traiter, comme on l'a remarqué, par le bel article de MM. Marjolin et Bérard sur ce sujet dans le *Dictionnaire de Médecine*. M. Blandin a fait une histoire peu complète de l'anatomie pathologique de l'anévrysme ; il a oublié de décrire l'état des vaisseaux qui partent avant et après la tumeur, de l'artère anévrysmatique ; mais le reproche le plus grave qu'on ait à lui faire, c'est, dans l'histoire du traitement, d'avoir sèchement énuméré les méthodes, sans avoir cherché à les comparer et en apprécier la valeur relative. La leçon de M. Dubled sur le même sujet a été, dit-on, supérieure.

En terminant, nous devons mentionner de la manière la plus honorable un des compétiteurs qui, moins ancien dans la carrière que ses rivaux et ne pouvant avoir beaucoup de chances dans ce concours-ci, y a certainement acquis des titres réels pour les concours à venir. M. Bérard jeune a fait preuves de connaissances positives et d'un talent remarquable d'exposition. Son élocution est nette et facile, et ce n'est pas seulement dans la leçon préparée qu'il a montré ces qualités, mais également dans la leçon improvisée. Dans sa première leçon, sur *le cancer*, il a, en particulier, parfaitement exposé les caractères anatomiques des tissus qui constituent cette maladie ; et si quelques points de sa discussion sur les théories du développement du cancer n'ont pas paru aussi satisfaisans, peut-être faut-il s'en

prendre uniquement à l'obscurité de la matière. Mais dans sa deuxième leçon sur *les tumeurs de l'aîne*, M. Bérard a peu laissé à désirer. Beaucoup de personnes ont regardé cette leçon comme une des bonnes du concours.

Quoi qu'il en soit du résultat de ce concours, que nous ne chercherons pas à préjuger, n'ayant pu apprécier que la moitié des épreuves que doivent subir les compétiteurs (l'argumentation des thèses et l'appréciation des titres antérieurs restant encore); que le professeur nommé soit M. Sanson, M. Velpeau ou M. Gerdy, car ces trois candidats doivent être, à des titres divers, mis en première ligne, ce concours laissera de glorieux souvenirs dans la Faculté. On aura à la féliciter d'avoir eu à choisir entre de tels hommes, et de pouvoir trouver encore pour l'avenir d'excellens professeurs dans presque tous ceux qui n'auront pas aujourd'hui emporté la palme.

— M. Civiale nous écrit pour rectifier ce que nous avons cité du rapport fait à l'Académie des Sciences, sur ses opérations de lithotritie, dans le N.° dernier. Suivant ce chirurgien, au lieu de 43 calculeux que nous avons dit avoir été traités par la lithotritie, c'est seulement 27 qu'il faut lire, et ces 27 malades ont tous guéri. Chez les autres on s'est borné à faire une ou plusieurs explorations de la vessie, afin de constater l'état de ce viscère, le volume et la pluralité des calculs, ainsi que la convenance de l'opération.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire de Médecine, *ou Répertoire général des Sciences médicales, considérées sous les rapports théorique et pratique; par MM.* Adelon, Béclard, Bérard, Biett, Blache, Breschet, Calmeil, Cazenave, Chomel, H. Cloquet, J. Cloquet, Coutanceau, Dalmas, Dance, Désormeaux, Dézeimeris, P. Dubois, Ferrus, Georget, Gerdy, Guersent, Itard, Lagneau, Landré-Beauvais, Marc, Marjolin, Murat, Ollivier, Orfila, Oudet, Pelletier, Raige-Delorme, Reynaud, Richard, Rochoux, Rostan, Roux, Rullier, Soubeiran, Trousseau, Velpeau, Villermé. 2.° *édition, entièrement refondue et considérablement augmentée. Tomes* III *et* IV. *Paris*, 1833. *Chez Béchet jeune.*

Nous sommes en retard envers nos lecteurs pour le *Dictionnaire de Médecine*; les tomes troisième et quatrième de cet important ou-

vrage ont paru depuis assez longtemps déjà, et nous n'en avons rien dit encore. Des circonstances tout-à-fait indépendantes de notre volonté sont la cause de cette apparente négligence, et nous espérons qu'elles ne se renouvelleront pas. Comme nous le disions dans une note bibliographique insérée dans le dernier numéro de ce Journal, cette entreprise, d'une utilité incontestable, est aujourd'hui assez avancée pour nous permettre de l'apprécier dans son ensemble.

En examinant avec attention les quatre volumes déjà publiés, nous nous sommes convaincus que les auteurs ont tenu les promesses qu'ils ont faites dans leur prospectus; qu'ils ont non-seulement refait complètement la presque totalité des articles de leur première édition, mais qu'ils en ont ajouté un grand nombre d'autres très-importans sur une foule de sujets qui ne se trouvent traités nulle part dans les autres dictionnaires, et qui même ne sont très-souvent qu'indiqués d'une manière sommaire dans les ouvrages *ex professo*. Ils n'ont pas, en effet, embrassé la méthode que l'on suit ordinairement pour faire un dictionnaire, de relever le vocabulaire médical d'après d'autres dictionnaires; ils ont considéré la science dans son ensemble et en ont traité tous les points sous les dénominations les plus généralement employées, de manière à rendre les recherches le plus faciles possible. Le nombre des articles se trouve ainsi considérablement augmenté; car tout ce qui porte un nom spécial est l'objet d'un article particulier dans lequel le sujet est traité avec tous les détails que comporte sa nature. Les maladies qui n'ont pas de dénominations particulières, sont décrites sous le nom de l'organe; aussi on trouvera l'histoire des anévrysmes de l'aorte au mot *aorte*, ceux de la poplitée, de l'axillaire, etc., à chacun de ces mots, etc.

Ce qui distingue encore cette seconde édition ou plutôt cette nouvelle publication du *Dictionnaire de Médecine*, de la première, c'est que les auteurs ont considérablement restreint les articles consacrés aux généralités pour s'attacher aux spécialités de la science; ce qui donne à leur ouvrage un caractère d'utilité pratique, qui était moins prononcé dans leur première édition, et justifie complètement le second titre qu'ils ont adopté, de *Répertoire général des sciences médicales, considérées sous les rapports théorique* et PRATIQUE. C'est en effet une série de monographies sur tous les points de l'art de guérir, aussi complètes surtout sous le rapport des détails seulement utiles aux praticiens, que le permet l'état actuel de nos connaissances.

Parmi les causes qui contribuent le plus à faire du livre que nous avons sous les yeux, une des publications les plus remarquables et les plus utiles de notre époque, c'est, sans parler du talent des auteurs pris individuellement, l'existence d'un comité choisi par l'ensemble des collaborateurs, pour préparer les matériaux à mettre en œuvre, et pour veiller à ce que les auteurs ne s'écartent pas du plan général qui

a primitivement été adopté, en leur laissant toutefois une entière liberté sur leurs opinions et sur la manière de les exposer. La lecture des quatre volumes déjà publiés nous démontre l'heureuse influence qu'exerce ce comité sur l'ensemble de l'ouvrage, en liant entr'elles les différentes parties, et en lui donnant un caractère d'ordre et d'uniformité, autant que peut le comporter sa nature.

Le *Dictionnaire de Médecine* nous parait encore appelé à rendre à la science un service d'une haute importance; c'est de réveiller le gout de l'étude de la littérature médicale et de l'histoire de l'art que tous les bons esprits regrettent de voir si négligées de nos jours. Les excellentes notices bibliographiques et historiques que M. Dézeimeris ajoute à tous les articles importans, commencent, nous le savons de science certaine, à porter leurs fruits. Le Dictionnaire, avidement recherché par les élèves qui travaillent sérieusement, non-seulement pour les articles qu'il contient, l'est aussi pour les documens historiques dont nous venons de parler, et l'on s'aperçoit déjà à la Bibliothèque de l'École que les travailleurs s'habituent à compléter les enseignemens qu'ils puisent dans l'ouvrage même, en recourant aux sources précieuses que leur fait connaître la bibliographie.

Examinons maintenant les principaux articles dont se composent les tomes III.e et IV.e du *Dictionnaire de Médecine*.

Le premier qui se présente est *anévrysmes* de MM. Marjolin et Bérard. Cet article présente une histoire complète de ces maladies considérées sous un point de vue général. Les auteurs les divisent en deux grandes classes, les anévrysmes spontanés et les anévrysmes traumatiques. Ils examinent successivement les causes qui donnent naissance aux anévrysmes spontanés, leur mode de développement, les changemens qui s'opèrent dans la tumeur, dans le sac, dans l'ouverture de communication entre ce dernier et l'anévrysme, l'état des artères dans le membre affecté d'anévrysme, l'influence des tumeurs anévrysmales sur les parties qui les environnent et les terminaisons qu'elles présentent. Arrivant au traitement, après quelques considérations judicieuses sur le diagnostic et sur le pronostic de ces maladies, ils passent en revue et apprécient à leur juste valeur, les différentes méthodes qu'on a mises en usage pour les combattre. Dans un espace assez restreint, les auteurs ont su concentrer, sans sécheresse cependant et d'une manière claire et simple, tout ce qu'il est utile de savoir sur ce sujet important. La portion qui traite des anévrysmes traumatiques, tels que l'anévrysme faux primitif, l'anévrysme faux consécutif et l'anévrysme variqueux, méritent les mêmes éloges. Nous ne parlerons pas de la notice historique et bibliographique qui suit ce travail, nous ne pourrions que répéter ce que nous avons dit plusieurs fois sur les articles de M. Dézeimeris, c'est-à-dire qu'ils ne laissent presque rien à désirer; et qu'à la concision, à la clarté et à la

netteté de vues, ils unissent une sévérité de critique et une profondeur qui manquent absolument aux auteurs qui avant lui se sont livrés à ce genre de travail.

MM. Chomel et Blache ont traité des *angines simples*. Par suite de la méthode généralement adoptée dans l'ouvrage, et que nous avons signalée précédemment. Ils ont décrit seulement sous cette dénomination, l'inflammation de la membrane muqueuse gutturale et pharyngienne. Les autres maladies qui portent le nom d'angine laryngée, trachéale, etc., seront étudiées sous le nom de l'organe affecté. C'est ainsi qu'à *amygdales* on a décrit l'amygdalite et les autres affections des tonsilles.

L'article *angines pseudo-membraneuses* est dû à M. Guersent. L'auteur prend pour type des différentes variétés de cette terrible maladie qu'il réunit dans son travail, l'angine diphtérique, dont il rapproche l'angine décrite par Fothergill, et l'angine pseudo-membraneuse commune, et il renvoie à *stomatite* l'angine mercurielle, qui n'est jamais qu'une extension de cette maladie. Cet article est surtout remarquable sous le point de vue pratique.

Angine de poitrine est un sujet difficile à traiter. La nature de cette affection, qui a pour caractère principal une constriction douloureuse de la poitrine avec angoisse et suffocation, revenant par accès irrégulier, n'est pas encore bien déterminée. M. Raige-Delorme a lutté avec avantage contre la difficulté. Il expose avec soin les symptômes et la marche de la maladie, les causes prédisposantes, et les résultats fournis par l'anatomie pathologique. Il passe ensuite à des considérations nosologiques et physico-physiologiques pleines d'intérêt et d'une saine critique, d'après lesquelles il établit que l'angine thoracique est une maladie spéciale, différente de certaines affections du cœur et de l'aorte, avec lesquelles elle a cependant beaucoup de connexions, et que ces connexions font naître une forte présomption pour croire que les conditions organiques des phénomènes de cette singulière maladie sont dans les organes centraux de la circulation. Quel est, se demande enfin l'auteur, la nature et le siège de l'angine de poitrine ? Après avoir fait connaître succinctement la foule d'opinions hypothétiques émises à ce sujet, il discute consciencieusement les trois espèces d'opinions suivantes, les seules, suivant nous, qui méritent de l'être : 1.° celles des auteurs qui rapportent l'angine de poitrine à d'autres organes que le cœur; 2.° celles qui consistent à regarder l'affection de cet organe comme indépendante des lésions qui y sont rencontrées; 3.° enfin celles des auteurs qui, comme Parry et Kreysig, attribuent la maladie à une lésion déterminée du cœur, à l'ossification des artères coronaires. Sans rien affirmer sur ce point, M. Raige-Delorme pense que cette dernière opinion est la plus probable, mais que de nouvelles recherches sont nécessaires pour la mettre hors de toute contestation.

L'article *Animisme* est entièrement neuf et manquait à la première édition du *Dictionnaire*. M. Dézcimeris, qui a fait de la philosophie médicale une étude approfondie, vers laquelle le portait la nature de son esprit, expose ce qu'on doit entendre par *animisme*. Il pense et les preuves nombreuses qu'il en donne ne laissent aucun doute à cet égard, que l'on doit comprendre sous cette dénomination toute doctrine physiologique qui, pour expliquer les phénomènes de la vie, fait intervenir dans les corps organisés, considérés comme inertes, un principe d'action, existant par lui-même, et chargé de les animer. Il démontre que c'est à tort qu'on a cru ce mot réservé pour désigner la doctrine de Stalh; car cette doctrine n'est qu'une forme particulière de l'animisme; et celui-ci de son côté est loin de constituer tout entier le stahlianisme. L'animisme n'est pas un principe restreint, particulier à une école, et renfermé dans une époque de notre histoire dont le règne est passé; il est de tous les temps; et si plus d'une fois il a envahi le domaine entier de la science, il n'en a jamais été entièrement dépossédé. Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans les considérations qu'il présente à l'appui de son opinion, et pousser plus loin notre analyse de cet article intéressant qui, selon nous, est le type de la manière dont devraient toujours être traitées les grandes questions de philosophie médicale.

L'article *Antimoine* est dû à trois auteurs, MM. Soubeiran, Trousseau et Orfila. M. Soubeiran a traité de l'antimoine et de ses composés sous le rapport chimique et pharmacologique; son travail est surtout remarquable sous ce dernier point de vue. Il existe plusieurs composés antimoniaux, dont la plupart, il est vrai, sont aujourd'hui tombés en désuétude, et dont, jusqu'à présent, la véritable composition chimique et la valeur pharmocologique étaient à peine connues. L'auteur les passe successivement en revue et fixe d'une manière aussi exacte que le permet l'état de la science, la proportion des matériaux qui les composent, leur mode de préparation pharmaceutique, en faisant ressortir nettement les diverses combinaisons et décompositions qui ont lieu dans ces opérations très-compliquées, et les proportions dans lesquels ils entrent dans les préparations médicamenteuses en usage aujourd'hui.

M. Trousseau avait une tâche non moins difficile à remplir; car peu de médicamens ont excité autant de controverses que l'antimoine; et il avait à examiner les antimoniaux sous le point de vue de leurs effets physiologiques et thérapeutiques. L'auteur ne se borne pas à reproduire et à discuter les opinions des auteurs sur l'action du médicament en question; il expose avec tous les détails nécessaires, les résultats des expériences qu'il a faites pendant dix-huit mois, sous les auspices de M. Récamier, sur l'action comparative des diverses combinaisons de l'antimoine; résultats dont la plupart sont entièrement

nouveaux. Toutes les préparations antimoniales quelles qu'elles soient possèdent une propriété irritante d'autant plus active qu'elles sont plus solubles. Un effet à-peu-près constant des antimoniaux est de provoquer le vomissement, surtout lorsqu'ils sont injectés dans les veines. L'action diaphorétique qu'ils possèdent leur est commune avec toutes les autres substances émétiques, et ils ne l'emportent sur aucune d'elles sous ce rapport.

Il n'existe pas, assure M. Trousseau, en thérapeutique, d'agent antiphlogistique aussi puissant que l'antimoine, lorqu'on l'administre d'une manière et dans des circonstances convenables. Sous l'influence de ce médicament, le pouls devient plus faible et plus lent, les mouvemens du cœur explorés avec le stéthoscope sont en harmonie avec le pouls. Le nombre des pulsations cependant ne descend guère au-dessous d'un cinquième ou d'un quart. Les mouvemens respiratoires diminuent d'une manière réellement extraordinaire. Des malades ne respiraient plus que six fois par minutes, lorsqu'auparavant le nombre des inspirations était de 16, 20 et 24. Malgré cet extrême lenteur, il n'existe aucune gêne de la respiration. Lorsque les antimoniaux ne déterminent ni purgation, ni vomissement, ils augmentent presque toujours la sécrétion urinaire. Enfin l'influence de ces médicamens ne cesse pas aussitôt que l'on en cesse l'administration ; le ralentissement du pouls et des mouvemens respiratoires persiste souvent pendant plusieurs jours. Les effets que nous venons d'énumérer sont communs à tous les composés antimoniaux ; mais ils sont d'autant moins marqués, que la préparation antimoniale produit plus de vomissement ou de diarrhée ; et sous ce rapport, ces diverses préparations diffèrent beaucoup les unes des autres. Il importe donc de bien choisir celle qu'il est à propos d'employer ; car, selon M. Trousseau, l'antimoine n'agit le plus souvent, ni par l'inflammation qu'il provoque dans la muqueuse intestinale, ni par les modifications dans les sécrétions, mais seulement par une modification organique inconnue dans sa nature, comme le mercure, l'arsénic, etc. Il en résulte que le problème à résoudre dans l'emploi de ce médicament, est de faire absorber autant d'antimoine que possible et de déterminer le moins possible d'accidens locaux. L'auteur pense, d'après les faits qu'il a observés, que ce sont les oxydes d'antimoine qui remplissent le mieux ces conditions, et que de tous les antimoniaux, le tartre stibié est celui qui convient le moins pour provoquer les phénomènes généraux de la médication antiphlogistique.

Après avoir considéré les modifications que présentent dans leurs effets les préparations antimoniales, suivant l'état du canal alimentaire, suivant la durée de la médication, suivant le régime du malade, et suivant l'âge et le sexe, l'auteur arrive à l'examen de l'action thérapeutique de l'antimoine dans les diverses maladies, et des propriétés spéciales de ses diverses préparations.

M. Bérard a exposé avec clarté et concision l'anatomie de l'*Anus*. Les considérations physiologiques qu'il présente sur les fonctions de l'appareil musculaire qui entoure l'extrémité inférieure du rectum et sur l'influence des nerfs sur ces fonctions, méritent d'être remarquées.

Sous le titre général de *Maladies de l'anus*, M. Velpeau passe en revue et décrit avec soin toutes celles de ces affections qui n'ont pas de dénomination spéciale. Il traite d'abord de l'inflammation de la marge de l'anus, de la névralgie de cette partie, maladie qui, sans être rare, n'avait encore été décrite que par Ullmann, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, publié en Allemagne, et par M. Campaignac, dans le tome second du *Journal hebdomadaire*; de la dilatation anormale de l'anus, de ses déchirures, des maladies syphilitiques dont il est souvent le siège; des tumeurs de l'anus, de ses fissures, des abcès, et enfin des fistules. L'importance des trois derniers sujets a porté l'auteur à leur donner tous les développemens pratiques dont ils sont susceptibles, ce qu'il a fait avec le talent dont il a déjà donné tant de preuves.

Anus contre-nature est échu à M. Laugier. L'auteur ne traite dans cet article que de l'anus contre-nature dépendant de causes accidentelles, et renvoie, d'après le plan adopté, la description de celui qui est congénital, aux mots *intestins*, *rectum*, *vessie*, *vagin*, etc. Après avoir exposé les causes de l'anus anormal accidentel, ses caractères physiologiques et morbides, ses caractères anatomiques et ses complications, M. Laugier arrive au traitement de cette maladie. Dans un historique fidèle et très-bien fait des divers moyens successivement proposés pour remédier à cette degoûtante infirmité, il fait voir que c'est à Desault qu'il faut rapporter la gloire d'avoir le premier donné une bonne direction au traitement des anus anormaux, en signalant l'existence de l'éperon et sa saillie dans l'intestin, qui est le principal obstacle au rétablissement du cours des matières. Il suit les divers essais qu'on a tentés d'après cette idée, et démontre, par des preuves historiques irrécusables, que c'est Schmalkadden qui eut le premier l'idée en 1798, trois ans après la mort de Desault, de perforer l'éperon et d'établir entre les deux bouts de l'intestin une communication; il proposa de percer la base de l'éperon avec une aiguille courbe munie d'une forte ligature destinée à couper d'arrière en avant l'angle saillant. Le docteur Physick, de Philadelphie, émit en 1809 la même opinion, et en 1813, M. Dupuytren conçut de nouveau cette opération, et la pratiqua. Ce ne fut qu'après plusieurs tentatives infructueuses de l'application de ce procédé, que l'illustre professeur inventa la pince ou entérotome qui lui a si bien réussi dans un grand nombre de cas. A la suite de cet article intéressant, M. Laugier a décrit l'opération de l'anus artificiel nécessitée par l'imperforation du rectum. Cet article très-succinct sera complété au mot *rectum*.

L'article *Anatomie de l'aorte*, de Béclard, a subi peu de modifications. M. Bérard y a ajouté des considérations intéressantes sur les variétés anatomiques de ce vaisseau. M. Dalmas a traité les altérations pathologiques de l'aorte, ainsi que les anévrysmes, et M. Bérard les maladies pour causes externes et les opérations pratiquées sur elle. Il expose succinctement tout ce qu'on a dit dans ces derniers temps sur la ligature de cette artère, et discute la question de la convenance d'une aussi grave opération.

L'espace nous manque pour examiner avec détails l'article *Apoplexie*. M. Littré et M. Rochoux ont traité cet important sujet. Le premier s'est occupé des apoplexies désignées sous les noms de *nerveuses*, *séreuses* et *méningées*; le second, de l'apoplexie cérébrale proprement dite. Ce travail de M. Rochoux ne diffère de celui qui figurait dans la première édition, qu'en ce que l'auteur l'a complété de ses nouvelles observations, et qu'en ce qu'il l'a mis au niveau de la science.

Nous dirons enfin que l'article *Nitrate d'argent*, dû à M. Cazenave, contient une analyse très-fidèle de ce qu'il est important de connaître sur ce médicament dont l'emploi est devenu si commun de nos jours, surtout en Angleterre.

Dans un prochain article nous passerons en revue les matériaux qui composent le IV.e volume. P. Vavasseur.

Traité de phrénologie humaine et comparée, accompagné d'un magnifique atlas grand in-folio de 120 *planches, contenant plus de* 620 *sujets d'anatomie humaine et comparée; par* J. Vimont, *docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre honoraire des Sociétés phrénologiques de Paris et de Londres. Paris*, 1833. *Chez Baillière.* (Le tome I.er et 20 livraisons sont en vente.)

Les travaux de Gall sont trop généralement connus pour qu'il soit nécessaire de rappeler ici les bases sur lesquelles il a établi sa physiologie du cerveau. Chacun sait que ses observations, quoique fort nombreuses, n'en sont pas moins trop limitées, puisque la plupart ont exclusivement rapport à l'homme; aussi fallait-il le génie supérieur de Gall, pour en saisir, comme il l'a fait, toutes les conséquences, et en étendre autant les applications. Cependant, pour embrasser dans tous ses détails un sujet aussi vaste et aussi difficile, pour arriver surtout par la voie la plus sûre aux inductions les plus plausibles, l'auteur aurait dû remonter du simple au composé, en s'élevant progressivement des êtres dont les fonctions cérébrales sont le moins compliquées à ceux où elles le sont davantage, et ainsi jusqu'à l'homme, qui occupe le haut de l'échelle animale. C'est bien aussi, en apparence, la marche suivie par Gall, celle d'après laquelle il dit avoir été conduit au système phrénologique qu'il a si savamment déve-

loppé ; et pourtant, quand on étudie avec attention les faits sur lesquels s'appuie son système, on voit que cet auteur célèbre n'a fait que de bien courtes excursions dans le domaine de l'anatomie comparée. C'est plutôt en descendant de l'homme aux animaux qu'il a réellement procédé, tandis que la marche contraire l'aidait à confirmer ou à modifier les résultats que l'observation de l'homme sain lui fournissait. Chez les animaux, en effet, tous les actes intellectuels, toutes les dispositions natives, se montrent, pour ainsi dire, à découvert; on n'a point à redouter ces nombreuses causes d'erreurs qu'on rencontre toujours dans l'étude des mêmes actes chez l'homme: enfin chez eux on peut plus facilement constater les rapports qui existent entre l'organisation du cerveau et les phénomènes de l'intelligence qui se manifestent aux yeux de l'observateur.

A la vérité, la phrénologie comparée, étudiée ainsi chez tous les animaux vertébrés, offrait des difficultés extrêmes; il fallait examiner et observer les variétés d'organisation et de facultés dans les diverses classes, genres et espèces d'animaux, pour arriver à quelques résultats importans et positifs. Sans doute Gall pouvait entreprendre ce travail immense, et donner de la sorte des fondemens inébranlables à la phrénologie ; il est bien le premier qui ait traité l'histoire des mœurs des animaux, en faisant ressortir les rapports existans entre le développement de leur cerveau et l'étendue d'action de cet organe. Néanmoins ses ouvrages prouvent, comme M. Tiedemann l'a déjà fait remarquer, que Gall s'est borné à insister sur ce principe, en négligeant presque entièrement de le mettre en pratique, car ce qu'il a écrit sur l'anatomie et la physiologie comparées du système nerveux des animaux, est très-incomplet, et renferme des erreurs.

Toutes les réflexions qui précèdent nous ont été suggérées par la lecture de l'ouvrage de M. le docteur Vimont; elles peuvent déjà donner une idée de l'importance et de l'étendue de ses recherches. Riche d'un nombre infini d'observations comparatives recueillies pendant plus de dix années avec une persévérance et une perspicacité rares, ce médecin laborieux a entrepris d'accomplir la tâche si difficile que Gall avait à peine ébauchée, et il a réussi. On comprendra toute l'immensité de ce travail, quand on saura que dès l'année 1827 l'auteur en présenta quelques fragmens à l'Institut, accompagnés de deux mille cinq cents têtes d'animaux différens de classes, d'ordre, de genres et d'espèces: parmi ces têtes, quinze cents avaient appartenu à des animaux dont les mœurs lui étaient parfaitement connues. En outre, quatre cents cerveaux en cire, moulés sur nature, et plus de trois cents figures de sujets d'anatomie comparée du système nerveux cérébral et de son enveloppe osseuse, complétaient cette collection jusqu'à présent unique dans la science; et l'Institut a gravement décidé que l'auteur méritait une mention honorable ! ! ! L'opinion publique, nous n'en doutons

pas, lui rendra toute la justice qu'il avait droit d'attendre du premier corps savant de France.

C'est surtout dans la phrénologie que la représentation fidèle des objets devient indispensable. Les moindres particularités dans la structure du crâne et du cerveau doivent être indiquées avec une précision mathématique, afin qu'on puisse bien apprécier les modifications de fonctions qui s'y rattachent. Sous ce rapport, l'ouvrage du docteur Vimont est un modèle de l'iconographie appliquée à la phrénologie. Il est presque impossible d'étudier cette science sur la nature, si déjà on n'a été éclairé par l'examen de figures exactes; à cet égard, l'ouvrage de Gall est bien inférieur à celui que nous annonçons, car le petit nombre de sujets qui y sont représentés les rend tout-à-fait insuffisans pour l'étude. Ceux de Spurzheim et de M. Georges Combe ne peuvent lui être comparés, puisqu'ils ne renferment rien sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux cérébral des animaux; les planches qui y sont jointes sont, en outre, d'une exécution très-imparfaite. C'est par suite de ces considérations que M. le docteur Vimont a donné à cette partie si nécessaire de son travail toute la perfection possible. Les objets sont représentés de grandeur naturelle, et copiés sur nature, fidèlement et avec le plus grand soin. Cet atlas remarquable se compose déjà de cent et quelques planches, dans lesquelles on trouve la représentation exacte des crânes de la plupart des animaux vertébrés, celle du crâne de l'homme aux divers âges et chez les principaux peuples, celle de têtes malades, ou qui présentent une conformation particulière, etc. Les livraisons parues renferment aussi de nombreuses figures sur l'anatomie comparée du cerveau de l'homme et de beaucoup d'animaux. Tous ces dessins sont tellement exacts, qu'il semble qu'on ait la nature même sous les yeux.

Dans le volume qui accompagne ce bel atlas, l'auteur traite particulièrement de l'anatomie du crâne et du cerveau de l'homme et des animaux vertébrés, du développement de l'un et de l'autre, des changemens que l'âge y apporte; enfin, des altérations et de quelques-unes des maladies dont ils sont le siége. Nous bornerons nos observations sur ces différens sujets aux remarques suivantes. En parlant des diverses méthodes d'étudier la structure du cerveau, l'auteur a omis de citer celles de MM. Laurencet, Foville et Leuret; cependant chacun des procédés de ces auteurs présente quelques avantages qui concourent à faire mieux comprendre la structure de cet organe. Aux faits intéressans que M. Vimont rapporte sur les changemens que le cerveau éprouve par les progrès de l'âge, il pouvait ajouter les résultats d'expériences faites à ce sujet par Desmoulins et M. Chossat. Nous regrettons de n'avoir pas trouvé dans l'article relatif aux altérations du système nerveux, un résumé des faits curieux observés par MM. Rostan et Cazauvielh, sur *l'agénésie cérébrale*, arrêt de déve-

loppement d'une partie du cerveau, qui est toujours accompagné de lésions variables dans les fonctions intellectuelles et locomotrices. L'auteur rapporte des expériences curieuses qui viennent à l'appui des observations de Sœmmerring, Gall et M. Magendie, sur le rapport direct qui existe entre l'atrophie des tubercules quadrijumeaux antérieurs et l'abolition de la vue. Nous dirons à cette occasion que nous pensons, comme M. Vimont, que les inductions physiologiques tirées de l'anatomie pathologique sont souvent plus précises que celles qui résultent d'expériences faites sur les animaux vivans. Mais loin de se hâter de conclure d'après quelques observations, on ne doit proclamer un principe général que lorsqu'il est appuyé sur une masse imposante de preuves non contestables. Ainsi, par exemple, aux cas cités par M. Bouillaud, on en a opposé d'autres où des altérations ayant leur siège dans la partie antérieure des lobes cérébraux, n'ont pas été accompagnées de paralysie des organes de la parole, tandis qu'on a vu ce symptôme coïncider avec une altération de toute autre partie de l'encéphale. C'est ainsi qu'on aurait tort encore de conclure que le cervelet préside à l'instinct de la génération, uniquement parce que ses lésions sont souvent accompagnées de l'érection du pénis, car d'après ce raisonnement on aurait plus de droits encore pour attribuer cette fonction à la portion cervicale de la moelle épinière, attendu que l'érection du pénis est un phénomène bien plus constant dans les lésions de cette partie de la moelle que dans celles du cervelet. Avant donc d'adopter l'une ou l'autre de ces opinions, on voit combien il importe qu'un examen approfondi et une critique sévère président à l'appréciation de la valeur relative des faits sur lesquels on les fonde. Tout en reconnaissant avec M. Vimont, les services que la phrénologie peut rendre à l'étude des maladies mentales, on lui accordera difficilement que tout soit à refaire dans cette partie de la science. L'expérience et les succès nombreux qu'obtient une médecine éclairée sont, à nos yeux, des argumens de quelque valeur; et si les lumières de la phrénologie doivent aussi, comme nous n'en doutons pas, être alors d'un utile secours dans le traitement des aliénés, il faut s'empresser d'accueillir ce moyen nouveau en l'associant à ceux qui ont déjà pour eux l'épreuve du temps, mais non l'adopter en quelque sorte à l'exclusion de tout autre.

Dans cet article nous nous sommes contentés de donner un abrégé sommaire des matières de l'ouvrage remarquable de M. Vimont; d'ailleurs, cette première partie ne contient pour ainsi dire que l'exposition topographique des faits sur lesquels reposent les principes qui doivent être développés dans le second volume. C'est en rendant compte de cette seconde partie du travail de l'auteur, que nous présenterons une analyse détaillée de ses observations phrénologiques, et de leur application à l'histoire des mœurs et des aptitudes des diffé-

rentes nations et des principales peuplades sauvages, et surtout aux institutions civiles et politiques. Après tout ce que nous venons de dire de cet ouvrage, nous croyons inutile d'insister pour prouver tous les avantages que retireront de sa lecture les anatomistes, les zoologistes, les médecins, les législateurs, et surtout les phrénologistes; c'est un travail qui intéresse également toutes les classes éclairées de la société.

Ollivier (d'Angers.)

Recherches pathologiques et pratiques sur les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière, par Jean Abercrombie; *traduit de l'anglais et augmenté de notes très-nombreuses*, par A. N. Gendrin. *Paris, Baillière*. 1832. *In-8.°*

La pathologie cérébrale est enveloppée des plus grandes obscurités. C'est un fait que tout praticien ne manque pas de vérifier au lit du malade, malgré les signes tant de fois donnés qui doivent distinguer les lésions et les lieux des lésions. Les erreurs sont fréquentes, soit qu'on ne reconnaisse pas l'existence d'une maladie cérébrale (et cela n'est pas fort rare pour les très-jeunes enfans), soit qu'on se trompe sur la nature et le siège du mal. Qui, dans une attaque d'apoplexie bien tranchée, n'a pas annoncé d'avance un épanchement sanguin, et n'a pas été étonné de ne rien rencontrer ou de rencontrer autre chose? Combien de fois les médecins les plus exercés ne se sont-ils pas arrêtés devant une maladie, la qualifiant vaguement d'affection cérébrale, dans l'impuissance de dire ce qu'elle était? Laennec, voulant faire ressortir la difficulté du diagnostic des maladies de la poitrine et le mérite de son invention, dit que leur diagnostic est incomparablement plus obscur que celui des affections de tout autre organe interne, et que les maladies organiques du cerveau, peu nombreuses, se reconnaissent en général à des signes frappans et peu variables. Cette assertion, qui n'était même pas vraie avant Laennec, l'est encore moins depuis que l'auscultation a donné tant de lucidité à la distinction des affections thoraciques. Les maladies cérébrales, pour la connaissance desquelles on est réduit à l'inspection et à l'étude des troubles des fonctions, présentent d'autant plus de difficulté que ces fonctions sont plus compliquées et moins connues dans leur mécanisme. Ainsi, d'une part, impossibilité d'avoir des signes physiques; de l'autre part, ignorance des moyens par lesquels le cerveau, dans l'état normal, remplit ses différens emplois; par là s'expliquent tous les obstacles que présente la pathologie de cet organe, et la nécessité de sonder sans cesse ce terrain si mal connu.

Si l'on voulait considérer l'ouvrage de M. Abercrombie comme une monographie complète des maladies du cerveau, on y trouverait un

grand nombre de lacunes. Ainsi l'auteur ne traite pas de l'hydrocéphale chronique; il ne dit qu'un mot en passant de l'hydrocéphale qui se produit sans qu'on trouve de traces d'arachnitis, particulièrement chez les vieillards. De plus, il serait difficile de saisir l'ordre qui a présidé à l'arrangement nosologique des différentes affections cérébrales. Ainsi il parle d'abord des *inflammations* considérées dans les diverses parties que renferme le crâne; c'est s'appuyer sur une considération anatomique : puis il a un chapitre intitulé *apoplexies*, où il range les affections caractérisées par une stupeur subite ou une paralysie instantanée; c'est abandonner l'anatomie pathologique pour ne plus tenir compte que des symptômes. Laennec a été bien plus logique et rigoureux dans son *Traité de l'Auscultation médiate*. L'anatomie pathologique a été son guide unique; il en est résulté naturellement deux classes de maladies, celles où une lésion matérielle existe, et celles où il n'en existe pas. Une pareille classification serait sans doute applicable à la pathologie du cerveau; et si l'insuffisance incontestable du diagnostic jetait de la confusion dans les distinctions, et ne permettait pas de signaler rigoureusement ce qui est pathognomonique de telle ou telle maladie, toujours en résulterait-il un tableau exact et précis de tout ce que nous savons sur ce point de la pathologie.

Tels n'ont été ni l'objet ni le plan de M. Abercrombie. Il s'est borné à nous exposer ce qu'il a observé; de sorte que nous n'avons dans son ouvrage qu'une partie des matières à traiter, rangées dans un ordre qui devient à-peu-près indifférent, du moment où l'auteur n'a voulu que nous communiquer ses observations propres, les idées qu'elles lui ont suggérées, et le traitement qu'il juge le plus convenable.

A ce titre, le mérite du livre ne peut être contesté; l'étude en sera certainement fructueuse pour ceux qui veulent compléter, autant qu'il est en eux, leur expérience par l'expérience des autres. Les livres de médecine doivent toujours remplir une de ces deux conditions, ou résumer les travaux des autres en les coordonnant, ou jeter dans la domaine de la science les résultats d'une expérience qui ait quelque chose de solide et de neuf. Ceux qui ne rentrent ni dans l'une ni dans l'autre de ces catégories, ne sont bons à rien.

L'absence d'un cadre nosologique régulier se fait peu sentir dans l'ouvrage de M. Abercrombie, parce qu'il n'a pas prétendu donner un résumé complet; mais il est un point où je regrette qu'il n'ait point introduit de classification, attendu qu'il en résulte une confusion qui n'existe réellement pas à un aussi haut degré dans l'état actuel des choses. Il n'a établi aucune distinction entre les affections cérébrales des enfans, des adultes et des vieillards, affections qui, aux différens âges, présentent de si notables variétés. Le délire n'existe pas dans l'enfance; les convulsions sont rares chez les adultes; l'é-

panchement de sérosité sans arachnitis est commun chez les vieillards. Ces distinctions sont d'indispensables élémens de diagnostic. Quand on mêle ensemble l'arachnitis des enfans, celle des adultes, et l'hydrocéphale des vieillards, on est jeté dans un labyrinthe inextricable de symptômes qui se détruisent les uns les autres, et l'on augmente les difficultés d'un sujet déjà si difficile. C'est accroître la confusion des signes, et placer de faux milieux entre l'esprit de l'observateur et l'objet de son observation. Si l'on met ensemble l'arachnitis aiguë des adultes et des enfans, on dira que cette maladie est tantôt avec délire et tantôt sans délire, tandis que dans la majorité des cas elle est chez l'adulte accompagnée de délire, et que ce symptôme manque chez l'enfant. Ce n'est pas ici le lieu d'établir la pathologie comparée du cerveau aux différens âges; mais il n'est aucun organe où ces distinctions soient aussi nécessaires que pour celui que renferme le crâne; et je maintiens que sans cette précaution préalable on ne pourra établir aucune règle stable dans le diagnostic des affections encéphaliques. En général M. Abercrombie a porté peu de jour dans cette partie; désespérant de trouver des signes suffisans pour signaler les états morbides (ce qui est en effet impossible dans plusieurs cas), il a groupé les symptômes par masses; il en résulte qu'à l'aide des données qu'il fournit, on peut bien diagnostiquer qu'il y a eu une maladie du cerveau, mais non quelle maladie. Il n'a pas osé aborder ces difficiles questions, ni discuter quelles sont les probabilités que l'on a pour asseoir son jugement dans le cas particulier qu'on observe. Malgré toutes les incertitudes qui enveloppent de toutes parts ce sujet, je crois que M. Abercrombie est resté au-dessous de ce que l'on sait actuellement, sans que pour cela je fasse entrer dans notre science maintes hypothèses qu'on s'était trop empressé d'avancer sur le siége des fonctions et des maladies cérébrales. Cela fait que le livre du médecin anglais sera surtout utile à ceux qui savent et qui pourront en tirer pour leur propre usage des préceptes de conduite.

L'auteur a beaucoup vu, et il s'est complu à nous montrer les trésors de son expérience. Il a déposé dans son ouvrage un nombre considérable de faits qu'il a observés par lui-même et auxquels il n'a ajouté que peu de cas empruntés à d'autres médecins. On s'est plaint souvent, dans ces derniers temps, de la quantité d'observations particulières qui inondaient les livres et les recueils périodiques et qui ne formaient que des lambeaux de science confusément jetés. Je crois qu'on se plaint à tort, et que les observations particulières forment un but utile de travail et un bon sujet d'étude, *exceptis excipiendis*, comme disait jadis l'école, c'est-à-dire excepté les observations qui ne sont que des redites de choses vulgaires. Dans une matière pleine de difficulté et où tout homme laborieux fera long.

temps encore du nouveau, les faits recueillis par M. Abercrombie doivent être considérés comme des documens pleins d'intérêt et dignes d'être étudiés sérieusement ; et cette étude est d'autant plus facile et fructueuse, qu'il n'a pas fait une seule série de ses observations, mais qu'il les a disséminées dans son ouvrage, à mesure qu'elles devenaient nécessaires pour les démonstrations. La masse des faits est encore augmentée par le traducteur, qui a ajouté, çà et là, des récits de maladies remarquables, soit par les symptômes, soit par les lésions anatomiques qu'a révélées la nécropsie. Le tout forme une vraie *clinique* d'affections cérébrales.

M. Abercrombie se renferme dans l'examen scrupuleux des faits ; il est tout-à-fait sobre d'opinions et d'hypothèses. Cependant, il s'est écarté de sa réserve habituelle, en essayant d'expliquer par la circulation cérébrale certains états morbides du cerveau. Il suppose que cet organe ne peut recevoir qu'une quantité de sang qui reste toujours la même, attendu qu'il est renfermé dans une boîte osseuse qui ne permet aucune dilatation ; il en conclut que, si plus de sang arrive par les artères, moins de sang sera emporté par les veines, et que si les veines contiennent plus de sang, il y en aura moins dans les artères. En un mot, il y aurait, suivant lui, un antagonisme constant entre ces deux ordres de vaisseaux qui seraient ce qu'on appelle en géométrie *complément* l'un de l'autre, c'est-à-dire le plus des uns serait compensé par le moins des autres, *et vice versâ*. Il est difficile de discuter la vérité de l'hypothèse de M. Abercrombie, d'autant plus qu'il n'a tenu aucun compte de la présence du fluide céphalo-rachidien, dont la quantité, susceptible d'augmenter et de diminuer, doit être dans des relations étroites avec l'état de la circulation cérébrale. Mais la disposition particulière des artères qui entrent par la base du crâne et par des canaux osseux, l'arrangement des sinus veineux, tout prouve que là le sang circule autrement que dans les autres parties, et que son mouvement est soustrait aux influences qui ailleurs le modifient ; et il se peut que la compensation entre les veines et les artères, admise par M. Abercrombie, soit pour quelque chose dans l'explication de certains phénomènes. Du moins elle fournit un moyen de se rendre compte de cet état singulier que présente le cerveau sur les animaux morts d'hémorrhagie et sur les hommes décapités. Cet organe, chose singulière et peu attendue ! se trouve dans un état de congestion sanguine très-considérable, de sorte que le docteur Kellie, qui a appelé l'attention sur cet objet, et qui a institué des expériences spéciales, a pu dire que les animaux qui mouraient d'hémorrhagie, succombaient à une apoplexie. On sait aussi que les convulsions sont un phénomène fréquent chez les animaux qui périssent par des hémorrhagies ; et ici l'anatomie pathologique et les symptômes seraient dans un accord exact ; le cerveau

serait gorgé de sang, et l'animal pris de convulsions. D'après la supposition de M. Abercrombie, les artères ne recevant plus autant de sang, ce fluide, qui doit toujours être en quantité constante dans le cerveau, s'accumulerait dans les veines; de là trouble dans la circulation, et congestion veineuse de l'organe; de là les apparences cadavériques et les convulsions finales.

M. Abercrombie ne croit pas que les épanchemens de sérosité aient de l'influence sur la production des symptômes de compression qui se manifestent, et en preuves de son opinion il cite, et les cas où l'on trouve ces symptômes de compression sans liquide séreux épanché, et ceux où l'on ne les trouve pas, malgré l'épanchement d'un semblable liquide. Bien que ces faits soient incontestables, il est impossible de ne pas admettre que l'effusion rapide de la sérosité dans les cavités du cerveau peut produire les mêmes effets que l'épanchement de sang.

L'auteur anglais a consacré un chapitre spécial à la paralysie, et après avoir exposé les lésions cérébrales auxquelles on la rattache, il fait remarquer que plusieurs paralysies cessent après avoir persisté fort long-temps, que d'autres disparaissent après une très-courte durée sans laisser aucune trace de leur passage, que d'autres enfin ne paraissent pas tenir à une lésion appréciable de l'encéphale ou des nerfs. De tout cela il conclut que l'on désespère peut-être trop tôt de la guérison d'une paralysie que l'on est dans l'habitude de rapporter à une lésion organique et persistante. Les médecins praticiens doivent avoir présente à leur souvenir cette remarque, qui est fort juste, d'autant plus que dans ce temps le pessimisme anatomique, dont les prévisions ne se réalisent que trop souvent, préoccupe les esprits et fait renoncer promptement aux ressources de la thérapeutique.

Les maladies du cerveau ne sont pas les seules dont il soit question dans ce traité. L'auteur y a joint les affections de la moelle et celle des nerfs. Là il ne s'est plus contenté, comme il l'avait presque toujours fait jusqu'alors, de sa propre expérience. Elle lui manquait, à ce qu'il paraît; il a eu recours surtout aux travaux des pathologistes français, et l'on voit souvent cités dans cette section les noms de MM. Ollivier, Andral et Velpeau. Il n'y a qu'un très-petit nombre de faits qui soient propres à l'auteur; aussi cette section présente-t-elle peu d'originalité. Il en faut dire autant de celle des nerfs; mais dans cette dernière partie c'est plutôt la faute de la science que de l'auteur, car on est bien peu avancé sur la pathologie des cordons nerveux. Il est pourtant une série de faits que M. Abercrombie a cru devoir rattacher, partie aux lésions de la moelle, partie à celle des nerfs, et qui lui appartiennent tous. Ce sont des accidens nerveux anomaux, des troubles dans le sentiment ou le mouvement, ou dans tous les deux à-la-fois, troubles qui n'ont pas

encore de noms ni de place dans la nosologie. M. Abercrombie les a confondus à tort, je pense, avec les accidens dus aux lésions, soit de la moelle, soit des nerfs; il aurait mieux fait de les ranger dans un chapitre à part, puisqu'on ne connaît pas les altérations qui les provoquent; ces faits auraient gagné en clarté et en intérêt, et auraient frappé davantage l'attention du lecteur. Mais quelque part qu'ils soient placés, ils n'en méritent pas moins l'attention, non pas tant par leur rareté (car ils ne sont pas excessivement rares), que par leur singularité et l'oubli presque complet où les ont laissés les écrivains.

Enfin, s'il faut prononcer un jugement sur le livre de M. Abercrombie, considéré en lui-même, et abstraction faite de ce qu'on serait en droit d'exiger d'un traité général sur la matière, on peut dire, d'une part, que le défaut de l'ouvrage est un manque d'ordre et de netteté, parce que l'auteur désespérant, pour ainsi dire, d'apporter de la clarté dans ces symptômes confus et mêlés les uns aux autres, a cherché à réunir, à grouper, à faire le moins de distinctions qu'il lui a été possible, au lieu de travailler dans la voie contraire; de l'autre part, que le mérite de M. Abercombie est d'avoir publié une masse considérable de faits intéressans, d'en avoir savamment tiré d'utiles conséquences pour la pathologie et le traitement, et d'avoir ainsi offert au public médical une source réelle et abondante d'instruction. E. Littré.

Inductions pratiques et physiologiques tirées de l'observation. Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 12 juin 1833, par M. J. B. Filhos.

L'auteur a réuni sous ce titre quelques idées nouvelles sur la physiologie et la pathologie du cœur, sur le traitement de la colique de plomb, et sur le rapport qui existe entre la forme des plaies et celle des armes ou instrumens qui les ont produites. Suivant lui, Laennec est le premier qui s'occupa de l'analyse des mouvemens du cœur; depuis, MM. Pigeaux et Marc-d'Espine combattirent les opinions de ce pathologiste. Enfin, l'année dernière, le docteur Rouanet a soutenu une thèse intitulée: *Analyse des bruits du cœur*, qui renferme, dit M. Filhos, l'expression de la vérité. Après s'être assuré que les valvules du cœur, une fois abaissées, interceptent toute communication d'une valvule dans une autre, le docteur Rouanet établit que le premier bruit, un peu sourd, que l'on entend au moment même de la contraction des ventricules, est dû au rapprochement des côtés des valvules auriculo-ventriculaires, et que le second bruit, qui a lieu à l'instant où la dilatation commence à se faire, est le résultat du choc en retour du sang que contiennent les artères contre les valvules sigmoïdes. D'après cette théorie, il a été porté à penser que le bruit de souffle devait avoir lieu toutes les fois qu'il se manifestait quelque altération dans les valvules du cœur. Telles sont les idées que le docteur Filhos a cru devoir adopter, d'après de nombreuses observations. Cette théorie est exactement celle que le docteur Billing a émise dans le mémoire qu'il a lu à la Société huntérienne de Londres. (Voyez *Archives*, juin 1833, pag. 269.)

L'auteur débute par l'exposé de ses recherches sur la structure du cœur, sujet sur lequel il se trouve en contradiction avec M. Gerdy. Il n'a jamais pu parvenir à trouver la continuité des fibres externes ou contournées du ventricule gauche, avec celles qui forment le plan moyen; constamment il a vu les fibres externes se contourner de droite à gauche et de haut en bas, former une spirale vers la pointe de ce ventricule, et se terminer enfin à un raphé bien manifeste. De ce raphé partent les fibres contournées internes, se comportant comme les précédentes, mais dans une direction tout opposée. Les fibres du ventricule droit n'affectent pas une disposition semblable aux précédentes; elles semblent former des demi-ellipses dont les extrémités sont dirigées en haut et la convexité en bas. Du reste, les fibres externes sont sensiblement dirigées de haut en bas, et les fibres internes se portent dans un sens opposé.

Des phénomènes physiologiques particuliers à chaque ventricule doivent nécessairement résulter de la différence de disposition de leurs fibres musculaires. Voici les corollaires que l'auteur a cru pouvoir en tirer :

1.° L'impulsion du cœur sur les parois thoraciques est due seulement à la contraction instantanée des fibres musculaires du ventricule gauche, qui, tendant nécessairement à se redresser vers la pointe de cet organe où elles sont contournées en spirale, la relèvent subitement et la lancent en avant.

2.° Les fibres du ventricule droit, en se contractant, ne peuvent nullement produire le mouvement dont on vient de parler. N'étant pas contournées, elles doivent se borner à produire un simple mouvement de contraction et de dilatation.

3.° La dilatation du cœur est un mouvement évidemment actif, et il est tout probable qu'il est dû à l'action des fibres contournées internes.

4.° Les grands mouvemens du cœur ne paraissent dépendre que de l'action du ventricule gauche.

5.° Le bruit des valvules est en raison directe de l'énergie de contraction ou de dilatation des ventricules qui doivent le produire; aussi doit-il être très-fort dans le ventricule gauche, et, au contraire, faible et très-difficile à percevoir dans le ventricule droit.

L'explication suivante des fonctions des oreillettes est surtout digne d'être notée : Les oreillettes sont des réservoirs légèrement contractiles destinés à favoriser l'ampliation des cavités ventriculaires au moment de la dilatation du cœur. Si les oreillettes avaient pour but unique de pousser le sang dans les ventricules, et surtout de vaincre leur force de contraction, comme le pensaient Laennec et Meckel, le sang qu'elles contiennent aurait beaucoup plus de tendance, dans le moment de la contraction, à refluer dans les veines caves ou pulmonaires, dépourvues de valvules, qu'à pénétrer dans les valvules, et, pour être convaincu de cette vérité, il suffit de jeter un coup-d'œil comparatif sur la disposition anatomique des ventricules et des oreillettes. Des cavités assez larges et contenant une assez grande quantité de sang étaient nécessaires aux ouvertures des ventricules, dans lesquelles ceux-ci pussent puiser presque instantanément une assez grande quantité de sang pour se remplir. Sans cette disposition, ce phénomène aurait pu s'exécuter trop souvent d'une manière incomplète pour qu'il n'en eût pas résulté des accidens graves ; mais le trouble le plus à craindre aurait probablement dépendu de la force du mouvement d'aspiration qui se serait fait sentir d'une manière plus ou moins

fâcheuse dans les veines voisines, qui auraient été soumises ainsi à un mouvement de ballottement toujours nuisible.

M. Filhos expose et soutient sa théorie favorite avec beaucoup de clarté et de précision. Il est fâcheux toutefois qu'il n'ait pas cherché à rendre raison, d'après ses idées, des différens phénomènes pathologiques qui appartiennent au cœur. Une théorie, pour être complète, ne doit pas seulement renfermer les faits physiologiques, mais encore ceux qui sont du ressort de la pathologie. L'auteur ne parle point non plus de l'ouvrage récent du docteur Hope; il nous semble pourtant que la connaissance des écrivains étrangers, et surtout des contemporains, est indispensable pour celui qui a la louable prétention d'émettre des idées nouvelles sur un sujet scientifique quelconque.

Nous ne dirons rien sur les bons effets du sirop de pointes d'asperges, qui se trouvent en contradiction avec les résultats que M. Gendrin vient d'obtenir à l'hôpital Cochin, et nous allons résumer, en peu de mots, les deux derniers chapitres de cette thèse.

Le traitement préconisé par l'auteur contre la colique de plomb, consiste dans l'administration de l'hydrochlorate de morphine, employé par quart de grain ou par demi-grain, jusqu'à effet désiré. On a pu donner ainsi jusqu'à sept grains de ce sel dans les vingt-quatre heures, sans obtenir d'autre résultat que la cessation des coliques. Le docteur Filhos rapporte plusieurs cas où la maladie a été guérie avec une rapidité extraordinaire.

Pour ce qui regarde la troisième partie de la thèse, l'auteur s'est servi, pour faire ses expériences, d'un poinçon conique et arrondi, de trois pouces de long à-peu-près, ne marquant dans sa partie la plus large que trois lignes et un quart au graduomètre à trous.

1.° Avec cet instrument, il a obtenu constamment de petites plaies alongées. à deux bords égaux et rapprochés, à angles très-aigus.

2.° Les petites plaies étaient d'autant plus longues que l'instrument était enfoncé plus profondément.

3.° Si dans quelques points de la surface du corps, les lèvres de la plaie restaient écartées, il suffisait de tendre la peau pour les rapprocher exactement.

4.° Le rapprochement exact ne pouvait avoir lieu que dans un seul sens.

5.° Dans une région donnée du corps, les piqûres ont toujours affecté la même direction. Ainsi, sur les parties latérales du cou elles sont dirigées obliquement de haut en bas et d'arrière en avant; à la partie antérieure de cette région elles sont transversales; à la partie antérieure de l'aisselle, ainsi qu'à l'épaule, elles sont dirigées de haut en bas; au thorax, elles sont parallèles à la direction des côtes ou des espaces intercostaux, et elles se rapprochent d'autant plus de la verticale qu'on les observe plus près de la partie antérieure et inférieure de l'aisselle; à la région antérieure de l'abdomen elles sont obliques, et semblent affecter la direction des fibres musculaires; à la partie moyenne de l'abdomen elles sont transversalement dirigées; enfin, aux membres, elles sont parallèles à leur axe.

D'après ce qui précède il sera facile de déterminer, dans le plus grand nombre des cas, si une plaie a été produite par un instrument piquant ou par un instrument tranchant, en ayant égard au siège et à la direction de la blessure. Deux observations sont citées à l'appui de cette découverte, qui peut avoir, en médecine-légale, d'heureuses applications.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

AOUT 1833.

Essai sur la topographie médicale du Mont Saint-Michel; par H. Ledain, *D. M. P.*, *membre de la Société médicale d'Emulation, et de la Commission des condamnés politiques.* (II.me et dernier extrait.)

Aperçu sur la Maison centrale de détention et de déportation; considérations générales sur le régime des prisons.

Nos pères n'ont pas renversé toutes les bastilles ; celle du Mont Saint-Michel est encore debout.

Topographie, page 479.

Exposition de la prison, construction, distribution des bâtimens. —La Maison centrale du Mont Saint-Michel occupe les bâtimens d'une ancienne abbaye de Bénédictins, construite sur le sommet de la montagne, à 58 mètres au-dessus du niveau de la grève, qu'elle domine de tous côtés. D'après ce que nous avons déjà dit sur les vents dominans de cette contrée, on peut se faire une idée de la constitution atmosphérique de la maison centrale. Elle présente toutefois des modifications assez remarquables, suivant l'exposition et le genre de construction des bâtimens. Telle partie, située au sud ou au sud-ouest, se

trouve vivement frappée en été par l'ardeur du soleil que réfléchissent des roches granitiques, tandis que telle autre, exposée au nord, est froide et humide. Si, après avoir parcouru les premières localités, on passe tout-à-coup dans les autres, si on descend dans les endroits qui avoisinent le sol, on éprouve alors un tressaillement involontaire dû à la différence de température que l'on ressent subitement.

Les bâtimens sont mal ordonnés. Ce défaut doit être attribué aux constructions successives qui ont été faites, et que l'on continue chaque jour, sans suivre aucun plan, si ce n'est celui que commandent les besoins du moment, et souvent les caprices des architectes.

La maison centrale du Mont Saint-Michel est un assemblage monstrueux de plusieurs corps d'édifices accolés et exhaussés comme au hasard, selon les circonstances, le goût et les facultés pécuniaires des moines, qui ont dépensé des sommes considérables pour cet objet. Cette ancienne abbaye, qui était aussi une prison d'état, est protégée par des tours et d'épaisses murailles, couronnées de mâchecoulis. Des sentinelles vigilantes sont jour et nuit au pied de ces formidables remparts. Si les détenus tentaient une évasion, s'ils pouvaient se soustraire à la surveillance des porte-clefs, ils ne sauraient échapper à celle des factionnaires.

Il est difficile de concevoir comment des prisonniers peuvent s'évader d'une maison qui, par sa position naturelle, semble devoir éloigner même toute idée de fuite. Cependant quelques évasions ont eu lieu pendant mon séjour, et ont été fatales à ceux qui les avaient tentées. Il n'y a que l'amour de la liberté qui puisse faire affronter des dangers pareils à ceux que courent les captifs qui espèrent s'échapper du Mont Saint-Michel. Il est une observation faite par ceux qui ont étudié les prisonniers. Le désir de l'évasion est beaucoup plus impérieux, plus entreprenant

et plus ingénieux chez les détenus qui touchent à l'expiration de leur peine, que chez les autres. J'ai été témoin d'un fait qui confirme cette observation. Un homme, condamné à dix ans de réclusion, pour avoir pillé des fourgons appartenant au duc de Wellington, était, depuis neuf ans, au Mont Saint-Michel; il jouissait dans l'intérieur de la maison d'une assez grande liberté; il était sur le point de voir expirer le terme de sa peine, quand il tenta de s'évader en se laissant glisser le long d'une corde par une fenêtre à plus de soixante pieds d'élévation. Des douaniers l'arrêtèrent à la porte de la ville.

La prison du Mont Saint-Michel est un vrai labyrinthe composé d'édifices simultanément supportés par des voûtes et des piliers. Quand on y pénètre pour la première fois en franchissant son entrée principale flanquée de deux tours, on ne peut se défendre d'un sentiment d'horreur. Nous n'entreprendrons point de donner ici une description détaillée de ce monument, nous tâcherons seulement d'en présenter les principales parties pour qu'on puisse se faire une idée de son ensemble, et apprécier ce que nous avons à dire sur sa salubrité.

Sous une voûte principale, où l'on a construit une grue qui sert à monter les approvisionnemens de la maison, se trouvent les cachots *des oubliettes*, dont le nom seul, conservé par tradition, réveille tant d'horribles souvenirs sur la barbarie de nos aïeux du moyen âge. Au-dessus de ces cachots sont ceux *de la trape* (1), les souterrains de *Montgommeri* et du réfectoire. Ces souterrains servent d'ateliers aux tisserands, aux filassiers, aux fileurs de laine à la traînée, etc.

Ces premières voûtes et constructions souterraines supportent le rez-de-chaussée, qui comprend au sud les cham-

(1) Ainsi appelés parce qu'on y descend les prisonniers par une *trape* et avec une échelle de corde.

bres dites *du Gouvernement*. Sur le même plan, sont le *grand* et le *petit exil*: ce sont de petites chambres séparées par des corridors étroits et obscurs, par des escaliers tortueux et mal éclairés. Ces chambres sont exposées les unes au sud, les autres à l'est et au sud-est. Elles servent de dortoirs : elles seraient parmi les plus salubres de la maison, si en y entassant un trop grand nombre de prisonniers, on ne détruisait pas les avantages qui résultent de leur exposition.

Les appartemens de l'ancienne abbatiale sont le mieux distribués et les plus salubres de la maison. Exposés au sud et au sud-est, et en partie sur le même plan que ceux dont nous venons de parler, ils sont habités par le directeur et par l'inspecteur.

Au rez-de-chaussée sont encore la cuisine et le grand réfectoire à l'ouest et au nord-ouest. Un atelier qui occupe deux cents détenus a été établi dans ce dernier local.

Sur le plan de cet atelier est l'ancienne salle des chevaliers, au nord. C'est là que tenaient chapitre les chevaliers de Saint-Michel, institués par Louis XI en 1469. Cette pièce sert aujourd'hui de réfectoire aux détenus. 36 colonnes de granit en supportent la voûte, qui soutient elle-même l'ancien cloître, dont l'aire recouverte en plomb reçoit toutes les eaux pluviales des bâtimens. Ces eaux vont se distribuer dans des citernes pour les besoins de la maison. Les portiques de ce cloître servent de promenade aux prisonniers.

Au-dessus de l'atelier du réfectoire, sont le premier et le second étage des anciens dortoirs des Bénédictins, avec la bibliothèque (1) et leur ancienne infirmerie. Ces appartemens sont bien percés, convenablement aérés, vastes; ils servent de dortoirs à une partie des détenus.

---

(1) Les livres de cette bibliothèque ont été dispersés pendant la révolution.

Au milieu de cette masse informe d'édifices élevés les uns sur les autres, se trouve l'église, monument d'architecture du quinzième siècle. Depuis l'établissement de la maison centrale, plusieurs ateliers ont été construits dans cette église ; on n'en a réservé que le chœur et une partie de la nef, qui ont été réparés pour les besoins du culte.

Devant le portail est une plate-forme qui domine au sud-ouest sur la grève et les environs. C'est le seul endroit avec le cloître où les prisonniers vont respirer le grand air. On les y conduit par sections pendant une heure chaque jour. C'est au reste un des plus beaux points de vue dont on puisse jouir. Mais le malheureux, privé de sa liberté, ressent plus vivement encore cette privation, en contemplant tout ce que la nature lui offre d'attrayant, dans un lointain qu'il voudrait atteindre, et dont le sépare la puissance inexorable qui l'enchaîne sur ce rocher (1).

Recherches historiques. — Nous avons dit que l'abbaye du Mont Saint-Michel servait de prison d'état. Une simple lettre de cachet suffisait alors pour y faire renfermer les hommes suspects à l'autorité. Les vengeances d'un homme puissant, des intrigues de cour ou de famille, plongeaient souvent des innocens dans cet asyle de douleur et de crime. Le Mont Saint-Michel était un lieu d'oubli où, au mépris des lois et de l'humanité, la plupart des individus qu'on y envoyait disparaissaient pour toujours sans qu'on sût ce qu'ils étaient devenus. Leur vie, trop lente à finir au gré de leurs bourreaux, était souvent abrégée par des cruautés inouies. On a trouvé des squelettes renfermés dans des portes mûrées; on en a trouvé d'autres dans des cachots avec la chaîne qui les attachait.

(1) Nous apprenons que les murs d'appui de cette plate-forme viennent d'être exhaussés de plusieurs pieds. Les prisonniers ne pourront plus ainsi jouir du triste bienfait que la restauration elle-même ne leur avait pas envié : celui de respirer le grand air pendant une heure par jour, aux rayons d'un soleil brûlant.

Les squelettes de deux femmes, découverts, il y a quelques années, dans une fouille nécessitée par des constructions nouvelles, peuvent confirmer ce que la tradition a conservé sur le compte des moines du Mont Saint-Michel. Ce n'est pas dans les cloîtres que l'on a rencontré toujours des modèles de chasteté et de continence. C'est à l'abri de ces pieux asyles que se sont commis les actes de la plus dégoûtante lubricité.

Les cachots des *oubliettes* et des *in-pace*, ceux de la *Trappe* peuvent rivaliser avec ce que l'inquisition a pu inventer de plus atroce, sans parler de la fameuse cage de fer, dont l'idée est attribuée à Louis XI. Cette cage avait été détruite, mais remplacée plus tard par une cage en bois. Cet instrument de torture n'existe plus depuis 1777.

J'ai fait quelques recherches, pour connaître les prisonniers les plus célèbres qui ont été conduits ou qui sont morts au Mont Saint-Michel : elles ont été presqu'infructueuses. Les anciens registres d'écrou de cette prison ont été ou brûlés, ou distraits à l'époque de la révolution. François Ier y fit renfermer un sieur Noël Béda, syndic de Sorbonne, principal du collége Montaigu. Ce prisonnier mourut au Mont Saint-Michel, le 8 février 1537. Il avait mal parlé du Roi (1). Louis XIV fit construire la cage de bois dont nous avons parlé, et y fit renfermer un gazetier de Hollande qui l'avait insulté dans ses écrits. Cet écrivain, à qui l'on refusait livres, plumes et papier et encre, passa ainsi vingt ans de sa triste vie. Il mourut dans sa cage, victime de la vengeance de Louis XIV, qui, au mépris du droit des gens, l'avait fait arrêter et enlever en pays étranger (1). Pour distraire son ennui, ce prisonnier avait sculpté avec un clou les barreaux de sa prison. Cet ouvrage était, dit-on, un chef-d'œuvre de patience et d'art.

(1) Blondel, *Notice hist. du Mont Saint-Michel.*
(2) *Loc. cit.*

L'abbaye du Mont Saint-Michel, après avoir subi le sort de tous les monastères, par la dispersion des religieux, en 1790, reçut les ecclésiastiques rebelles à la constitution civile du clergé, et dont l'âge ou les infirmités empêchaient la déportation. Napoléon y envoya plus tard quelques hommes suspects à son autorité, en n'employant souvent d'autres formes que sa volonté despotique : c'était le retour des lettres de cachet. Entre ce régime du bon plaisir et l'ordre légal, tel que l'entendent et le pratiquent nos gouvernans, la différence n'est pas grande.

Le Mont Saint-Michel servit en outre de maison de correction pour les malfaiteurs du département de la Manche. La garde des prisonniers était alors confiée à un concierge, chargé seul de l'administration et des fournitures. Les détenus étaient on ne peut plus mal à cette époque. Cette prison pouvait être considérée comme le tombeau de tous ceux qu'on y envoyait; précautions hygiéniques, alimens, propreté, vêtemens, tout était négligé. Eclairé plus tard par plusieurs rapports sur les prisons, le gouvernement est enfin entré dans une voie d'amélioration sur cette partie importante de l'administration. Une maison centrale a été organisée au Mont Saint-Michel, à l'instar de celles de Melun, de Fontevrault, etc. C'est aussi un lieu de retraite pour les criminels condamnés aux travaux forcés à perpétuité et qui, vû leur grand âge ou leurs infirmités, sont extraits des bagnes. On y conduit enfin tous les condamnés à la déportation pour quelque cause que ce soit. Pendant mon séjour, en 1822, 23 et 24, cette prison était encore peuplée d'un grand nombre de déportés que les cours prévotales de 1816 y avaient entassés.

J'y ai vu, à cette époque, un ancien secrétaire de la Convention (1) qui, compris dans la loi de proscription du

(1) Le Carpentier (de la Manche.)

12 janvier 1816, avait été déporté par la cour d'assises de Contance, pour avoir rompu son ban. Cet homme, qui avait franchi la révolution et occupé les premiers emplois du gouvernement, en était sorti les mains pures. La restauration l'avait trouvé pauvre, quand plusieurs de ses anciens collègues gorgés de richesses, et courbant la tête sous le joug de l'étranger, après avoir encensé le despotisme impérial, encensaient encore le soleil levant de la restauration. Lecarpentier, vivant du régime des détenus, et supportant sa mauvaise fortune avec un courage qui ne s'est jamais démenti, est mort au Mont Saint-Michel, en 1829. Triste exemple des vicissitudes et des réactions politiques!

Mathurin Bruneau, à qui d'ambitieux intrigans avaient persuadé qu'il était fils de Louis XVI, fut écroué au Mont Saint-Michel en 1819; ce personnage de mœurs assez grossières, contrastant avec le rôle qu'il persistait à jouer même en prison, donnait des signes fréquens et non-équivoques d'aliénation mentale. Il mourut tout d'un coup, le 21 novembre 1821. Il fut ouvert et examiné avec le plus grand soin par M. Hédouin, alors médecin de la maison centrale. On trouva les traces d'une apoplexie. On observa aussi un amincissement considérable du pariétal gauche à sa partie antérieure, non loin de sa réunion avec le pariétal droit et le frontal; pendant sa vie, Mathurin Bruneau se plaignait d'une douleur vive qu'il ressentait souvent dans cette partie de la tête, où il portait presque toujours la main comme par un instinct machinal.

On conserve, et j'ai vu la coupe circulaire du crâne de cet homme qui, pendant tout le temps qu'il a vécu au Mont Saint-Michel, était considéré comme un véritable fou.

Maison centrale et prisonniers, dans leurs rapports avec l'hygiène. — Après avoir présenté quelques détails topographiques et historiques sur la maison centrale du Mont Saint-Michel, il ne serait pas inutile de décrire l'or-

dre et l'administration intérieure de cette prison ; mais ce serait sortir des bornes que nous devons nous prescrire dans cet extrait. Nous nous empressons d'aborder quelques considérations hygiéniques qui nous ont paru applicables à la prison que nous avons habitée pendant assez longtemps pour remarquer les influences nuisibles qu'il serait possible de neutraliser.

Tout ce que nous avons dit précédemment peut servir à expliquer quelques causes d'insalubrité auxquelles sont soumis les prisonniers du Mont Saint-Michel. D'autres influences sont inhérentes à la nature même de leur état et parconséquent indépendantes des localités.

1° *Circumfusa.* — Si l'homme libre ne trouve pas dans son habitation tout ce que la salubrité exige, il peut au moins chercher au-dehors un espace suffisant pour respirer à son aise un air pur et mobile. Un seul acte de sa volonté lui fait parcourir la distance qu'il désire, et le soustrait, quand il en éprouve le besoin, aux influences nuisibles de sa demeure. Il n'en est pas ainsi d'un malheureux captif; il ne peut franchir l'espace circonscrit dans lequel il est renfermé ; il est obligé de respirer malgré lui les miasmes délétères qui l'environnent ; de rester assis ou couché, quand il éprouve le besoin d'être debout ; de demeurer immobile, quand le mouvement lui est nécessaire. Ajoutez à cette contrainte physique les diverses impressions morales qui en sont la conséquence : vous aurez le triste tableau que présente le prisonnier, auquel il ne manque qu'une chaîne au pied pour pouvoir être assimilé au galérien.

J'ai parcouru un grand nombre de prisons ; j'ai séjourné dans quelques-unes dont le seul aspect suffit pour faire reculer d'horreur. J'ai couché dans des réduits infects, où je pouvais à peine distinguer la lumière en plein midi. L'eau ruisselait à travers les voûtes de ces mortelles demeures. En entrant dans de pareils tombeaux, il semble que la justice, qui y renferme un homme, ait voulu l'y enterrer vivant

pour le faire périr dans un air infect, ou tout au moins pour y contracter le germe des plus graves maladies. Les agriculteurs ont pour leurs bestiaux, des attentions et des soins hygiéniques que l'on ne trouve pas dans la plupart des prisons de France.

L'homme isolé dans un logement spacieux a cependant besoin de respirer un air fréquemment renouvellé. Quelles précautions exigent donc les maisons destinées à renfermer un grand nombre d'individus! Comment les fera-t-on jouir d'un air pur, s'ils sont entassés dans de petits réduits, recevant à peine quelques rayons de lumière, et dans lesquels on ne peut renouveler l'atmosphère qui s'y corrompt par chaque inspiration individuelle! De l'air! voilà ce que demandent tous les prisonniers. Donnez-nous de l'air et de la lumière! C'est que voilà effectivement leur premier besoin. L'air est plus essentiel à la vie que les alimens; on supporte facilement la privation de ceux-ci pendant un temps assez long; une mort prompte suit la privation d'air. Examinez le teint hâve, la figure bouffie, les chairs flasques de ces malheureux longtemps enfouis dans de sombres cachots; ils présentent le même aspect que les végétaux étiolés, soustraits à la douce influence de la lumière. Ceux-ci ont perdu la verdure de leur feuillage, indice de l'activité de leur végétation! Les premiers ont aussi perdu cette fraîcheur du teint, cette fermeté des chairs, signes de leur santé.

Nous avons vu que la maison centrale du Mont Saint-Michel était mal construite et mal distribuée. Comme presque tous les établissemens de ce genre c'était une espèce de château fort dont les épaisses murailles, le peu de grandeur et le petit nombre des ouvertures, les constructions souterraines assuraient et facilitaient la défense et la garde. On tenait alors fort peu à ce que les prisonniers trouvassent, dans leur demeure, les dispositions hygiéniques nécessaires à leur salubrité. On n'y tient guère plus aujourd'hui. Il

semble que le but principal et même unique, que l'on se propose dans ces habitations, est la garde du prisonnier mort ou vif. Comme si, pour s'assurer de sa personne, il n'y avait pas des moyens compatibles avec le maintien de sa santé ! Aussi un philanthrope, qui a passé toute sa vie à visiter les prisons des deux hémisphères (1), a dit énergiquement qu'on avait trouvé le moyen de priver les prisonniers de l'air....!

La trop grande épaisseur des murailles a un grave inconvénient auquel on ne saurait trop faire attention. De pareils murs entretiennent l'humidité, surtout quand ils sont construits, comme ceux du Mont Saint-Michel, en pierres granitiques. Il y a des endroits dans cette prison où les murs ont jusqu'à dix et quinze pieds d'épaisseur. Toutefois il s'en faut de beaucoup qu'elle soit aussi insalubre qu'elle l'était avant que M. Duruisseau en prît l'administration. Des améliorations ont été apportées dans la nourriture, l'habillement et le coucher des détenus ; des ateliers de travail ont été établis ; des ouvertures nouvelles ont été pratiquées ; celles qui existaient déjà ont été aggrandies ; l'air circule mieux dans les dortoirs, dans les ateliers, etc.

Malgré ces améliorations, auxquelles on peut raisonnablement attribuer la diminution de la mortalité dans cette prison (2), M. Duruisseau n'a pas pu remédier aux vices de construction primitive. Aussi s'en faut-il de beaucoup qu'elle soit un séjour enchanteur, un *Éden*, pour me servir des expressions d'un ministre qui trouvait naguères déraisonnables des représentations faites dans l'intérêt des condamnés politiques qu'on vient d'y envoyer. Avec l'argent que le gouvernement a dépensé et dépensera encore pour restaurer et assainir cette vieille Bastille, on pourrait cer-

(1) Howard.

(2) Voyez *Tableau du mouvement de la population de la maison centrale.*

tainement construire une maison centrale plus spacieuse, mieux distribuée et tout aussi sûre.

Pendant le jour, tous les détenus travailleurs sont renfermés dans leurs ateliers d'où ils ne peuvent sortir sous quelque prétexte que ce soit. Ces ateliers offrent des différences sous le rapport de leur situation, de leur étendue, de leur exposition et du nombre d'ouvriers qu'ils renferment. La plupart sont exposés au nord, au nord-est, ou à l'ouest.

Le peu d'étendue des ateliers, eû égard au nombre de travailleurs qu'on y entasse, est un inconvénient attaché à presque toutes les maisons centrales. On s'inquiète fort peu si un ouvrier nuira à la santé des autres. Plusieurs ateliers du Mont Saint-Michel sont assez spacieux et suffisamment élevés; mais dans la plupart, on neutralise ces avantages en y accumulant trop de détenus. Les ateliers de filatures de coton sont ceux qui réunissent les conditions les plus favorables à la salubrité, par leur étendue, leur élévation, leur exposition et le peu d'ouvriers employés aux machines. On dirait que ce n'est pas pour loger les prisonniers que ces ateliers ont été construits, mais pour y distribuer convenablement les mécaniques qu'ils doivent mettre en mouvement.

La plupart des ateliers sont assez bien éclairés; cependant ils manquent en général d'ouvertures opposées, à l'aide desquelles on puisse établir des ventilateurs. Les ateliers souterrains sont mal aérés, indépendamment des autres inconvéniens qu'ils présentent.

La quantité de lampes ou d'autres lumières artificielles, nécessaires pendant les soirées d'hiver, est encore un point important à considérer. On trouve dans l'emploi de ces divers moyens d'éclairage, une des causes qui concourent le plus à vicier l'air des ateliers, dont les ouvertures sont alors fermées pour éviter le froid, sans parler de la fumée épaisse que répand la combustion de l'huile, et qui fatigue

les organes respiratoires. Divers procédés fort simples pourraient être employés pour obvier à tous ces inconvéniens; nous ne pouvons les indiquer ici.

Les prisonniers ont beaucoup à souffrir pendant l'hiver. Peu vêtus le jour, mal couverts la nuit, ils sentent vivement l'impression du froid. Les lieux qu'ils habitent sont ou mal chauffés, ou même ne le sont pas du tout. Ajoutez aussi que la nature peu substantielle de leurs alimens, développant peu de chaleur intérieure, les rend encore bien plus sensibles à l'influence du froid, et surtout du froid humide.

Quelques ateliers sont chauffés par des poëles; mais il faut que le froid soit bien rigoureux pour que les entrepreneurs se décident à les allumer. Leur intérêt particulier est même alors le motif qui les porte à accorder aux détenus travailleurs cet adoucissement à leurs maux; car celui qui passe la moitié de son temps à souffler dans ses doigts ne fait pas beaucoup d'ouvrage.

Il n'y a jamais de feu dans les dortoirs. Cependant les détenus y passent la plus grande partie de la journée. Ils y sont continuellement les jours de fêtes et dimanches. Que n'ont-ils pas à souffrir, quand la température est à quelques degrés au-dessous de zéro!

On devrait établir dans les maisons centrales des calorifères à air, dont le foyer placé dans la partie la plus basse de la maison, permettrait de distribuer des conduits de calorique et des bouches de chaleur dans tous les appartemens, que l'on chaufferait ainsi avec une dépense de combustible peu considérable.

2° *Applicata*. — Tous les détenus du Mont Saint-Michel sont habillés de la même manière, sauf quelques différences de couleur dans le collet et les paremens de la veste, afin d'établir une distinction entre les diverses pénalités. La livrée du crime et de l'infamie couvre également l'homme que la justice a flétri du sceau de la réprobation,

et celui que l'opinion publique a absous. Les déportés et détenus politiques, les prisonniers pour délits de la presse, pour cris ou propos séditieux, portent le même habit que le forçat déporté, ou que le faussaire marqué de la main du bourreau.

Il est un point important d'hygiène tout-à-fait négligé au Mont Saint-Michel. Jamais les prisonnniers ne prennent de bains, si ce n'est celui qu'on leur donne à leur arrivée. La propreté du corps est pourtant une des conditions qui contribuent le plus au maintien de la santé.

Chaque détenu couche seul dans un lit à *galiote*, garni d'un matelas de laine et d'une très-légère couverture de coton. Si l'on se rappelle ce que nous avons dit sur la température des dortoirs en hiver, on conviendra que les prisonniers ne sont pas assez couverts ; leur lit devrait au moins être pourvu d'une couverture supplémentaire pendant la saison rigoureuse. Ce ne serait pas donner dans le superflu que de fournir alors à chaque détenu une couverture de laine. Il serait aussi à désirer qu'on eût des lits en fer.

Pendant la nuit, les gardiens de service, souvent le gardien-chef et l'inspecteur, font des rondes dans les dortoirs et visitent les grilles. Cette mesure de sûreté est fort désagréable pour les prisonniers. Leur sommeil est ainsi interrompu toutes les deux heures. La nuit est pourtant un moment de repos et de bonheur qui ne devrait pas être troublé par de semblables visites : c'est dans les bras du sommeil que le malheureux oublie tous ses maux. Il serait facile de prendre les précautions nécessaires à la garde des détenus ; sans ajouter cette espèce de torture aux tribulations dont ils sont l'objet pendant le jour. Mais, ainsi que nous l'avons dit, la garde du prisonnier est tout ce que les geoliers ont en vue; on sacrifie tout, même l'humanité, à cette précieuse garantie.

3.° *Ingesta.* — En parlant des détenus du Mont Saint-

Michel, nous ne pouvons passer sous silence ce qui est relatif aux alimens et aux boissons dont ils font usage. Cette partie de leur régime a subi quelque amélioration depuis mon départ. A l'époque où j'étais prisonnier au Mont Saint-Michel, on ne donnait aux détenus qu'une livre et demie de pain par jour ; ce pain était composé de deux parties de froment et d'une partie de seigle. Ils recevaient en outre, matin et soir, une ration de soupe, sorte de brouet fort clair, dont la composition variait. Des féeules de pois, de fèves, de haricots, des pommes de terre, quelques tranches de pain de froment, en formaient la base avec du beurre ou de la graisse. Le premier dimanche de chaque mois seulement, on leur donnait de la soupe grasse et de la viande.

On a senti, avec raison, que cette nourriture était insuffisante pour le plus grand nombre : les détenus reçoivent maintenant chaque jour deux livres de pain de pur froment. C'est, au reste, la seule amélioration apportée dans leur régime alimentaire. Il serait à désirer qu'on leur donnât plus souvent de la viande. Ceux qui retirent de leur travail assez d'argent pour suppléer à ce qui leur manque, peuvent se procurer à la cantine ce dont ils ont besoin; mais ne recevant que le tiers du prix de leur main-d'œuvre, payée sur un tarif très-peu élevé, il en résulte qu'un fort petit nombre jouit de la faculté qui leur est laissée.

De mon temps, les prisonniers étaient assujettis à l'observation rigoureuse du carême et des jours d'abstinence reconnus par l'église. Il y avait, à cette époque, un aumônier très-fanatique, plus attaché à la lettre qu'à l'esprit de la religion, et dont l'autorité maîtrisait souvent celle du directeur lui-même; tant il est vrai que partout où il y a un prêtre, le pouvoir spirituel envahit sur le temporel! Les prisonniers font une pénitence assez rigoureuse; ils éprouvent assez de privations; leur nourriture n'est pas si sensuelle, pour qu'on leur interdise les alimens dont ils ont besoin pour leur santé.

L'eau pluviale des citernes est la boison habituelle de la majeure partie des détenus du Mont Saint-Michel : ceux qui ont de l'argent peuvent se procurer du cidre. Cette eau a une odeur et un goût détestables ; j'ai vu plusieurs individus éprouver des coliques, qui n'avaient peut-être pas d'autre cause que celle de son usage et de son séjour dans des citernes de plomb.

Il serait facile de parer aux inconvéniens que nous venons de signaler, d'abord en construisant des citernes enduites de bon ciment, puis en aérant l'eau et en la filtrant avant de la livrer à la consommation ; mais à peine est-elle rendue dans les citernes, souvent vides, qu'on s'en sert avant qu'elle ait eu le temps de déposer les matières étrangères qu'elle a entraînées. Enfin, l'hiver, la neige fondue sert à tous les usages de la maison. La prison du Mont Saint-Michel ne saurait être plus mal située sous le rapport de l'eau, qui est un besoin de première nécessité dans un établissement de ce genre. Pendant les temps de sécheresse, ce n'est qu'à grands frais qu'on est obligé de faire charroyer de l'eau au Mont Saint-Michel. On en est avare alors, on en surveille l'emploi.

4.° *Gesta.* — Les entrepreneurs doivent à tous les détenus valides un travail proportionné à leur âge, à leur force et à leur aptitude. D'un autre côté, le travail est une obligation imposée aux prisonniers, quelle que soit la cause de leur condamnation et la durée de leur peine, quelles que soient leurs facultés pécuniaires. Les condamnés à la déportation sont toutefois exceptés de cette règle.

On ne peut nier les avantages qui résultent de l'établissement des ateliers dans les maisons centrales. L'oisiveté entraînerait les plus graves désordres parmi les prisonniers ; le travail est pour eux autant une ressource pour l'avenir qu'un moyen hygiénique. Néanmoins l'intention du législateur n'a jamais été de contraindre à un travail mécanique un écrivain politique, par exemple, qui, possédant des

moyens d'existence, peut trouver dans son éducation des ressources assurées contre l'ennui et l'oisiveté. Les occupations qu'il saura se créer par la lecture, par la culture des sciences ou des beaux-arts, objets de ses études, tourneront certainement plus à son profit que la filature du chanvre ou du coton dans un atelier. La détention ne peut être une condamnation aux travaux forcés. La contrainte d'un travail mercenaire est une aggravation à la peine de quelques individus.

Les prisonniers du Mont Saint-Michel sont employés à la filature du coton, de la laine, du chanvre, au tissage du calicot, de la toile; ils confectionnent tout ce qui est nécessaire à l'entretien de la maison. Il y a des ateliers de forgerons, de chapeliers, de menuisiers, etc., etc. En se rappelant les parties de la maison affectées à tel ou tel atelier, on pourra se faire une idée du plus ou moins de salubrité qui y règne, en raison des professions exercées par les détenus-travailleurs; car, au nombre des occupations auxquelles ils se livrent, il en est qui, indépendamment des localités, ont une influence plus ou moins nuisible sur la santé. Nous ne pouvons entrer ici dans tous les détails que comporterait ce sujet. On conçoit au reste que le détenu, obligé par la nature de son travail, de rester assis presque toute la journée, ou de respirer des exhalaisons malfaisantes, est moins avantageusement partagé que le prisonnier dont les occupations exigent plus de mouvement, etc., etc.

Le prix moyen de la journée varie suivant les ateliers; il y en a où il n'excède pas quinze centimes. En général, le prix moyen est de vingt-cinq centimes, ce qui produit net pour l'ouvrier la somme de quatre-vingt centimes par semaine, et dont la moitié seule lui est payée comptant. Je doute qu'il y ait en France aucune maison centrale où l'ouvrier gagne aussi peu.

5.° *Excreta.* — Un ou plusieurs baquets sont déposés dans les dortoirs et les ateliers. Les ordures qui y séjournent

pendant un temps plus ou moins long, répandent une odeur infecte et très-préjudiciable aux individus qui se trouvent au milieu d'une pareille atmosphère. L'air, déjà vicié par la réunion d'un grand nombre de personnes parquées dans un espace proportionnellement trop circonscrit, devient promptement impropre à la respiration. Il m'est souvent arrivé en entrant dans ces lieux de réunion, de me trouver suffoqué par l'odeur s'exhalant de ces cloaques. Des dispositions pourraient être prises afin d'éloigner des détenus cette cause d'insalubrité.

6.° *Percepta.* — En séquestrant un individu de la société, la loi a pour but de le rendre meilleur. Si elle le prive momentanément de sa liberté, c'est pour qu'éloigné des occasions du vice, il réfléchisse sur sa conduite passée et fasse un retour sur lui-même en prenant la ferme résolution de ne plus retomber dans les fautes qui l'ont fait condamner. Le temps de la captivité est une sorte de convalescence morale, a dit avec raison un philantrope. Il faut donc que tout concoure à rappeler les sentimens de la vertu dans le cœur du malheureux qui s'en est écarté. Cette manière d'envisager les prisonniers est l'un des points les plus importans de l'hygiène publique. Le médecin philosophe ne considère pas seulement l'homme physique, il étend aussi sa sollicitude sur l'homme moral. Quoi de plus digne sous ce rapport, d'émouvoir l'ame, et de fixer l'attention des amis de l'humanité, que l'abandon dans lequel sont laissés en général les prisonniers ! Les maisons de détention sont pour la plupart des écoles de vices, où de raffinés fripons et d'audacieux scélérats, condamnés en récidive, enseignent le crime à ceux qu'un moment d'égarement a pu plonger dans ces tristes demeures.

L'avenir des prisonuiers dépend de la direction imprimée à leurs facultés morales pendant le temps d'épreuves auxquelles ils sont soumis. Tout est à créer en France, pays de civilisation et de lumières, sur les avantages qui résul-

teraient pour la société d'un bon système pénitentiaire.

Au nombre des abus que présentent nos maisons centrales, il faut signaler en première ligne, et dans la plupart, le mélange des prisonniers. Des précautions efficaces ne sont pas toujours prises au Mont Saint-Michel, pour éviter ce genre d'inconvénient. Les déportés ont bien des dortoirs séparés; les condamnés à la réclusion ne sont point confondus avec les détenus correctionnels; mais cette disposition n'a lieu que pendant la nuit; elle est insuffisante et à-peu-près illusoire quant aux bons effets qu'on en attend. Pendant le jour, déportés criminels, détenus politiques ou autres, tous sont jettés pêle-mêle dans les ateliers; quelques enfans même sont au milieu de cette confusion, et j'ai vu des abominations résulter de ce mélange immoral. Depuis mon départ du Mont Saint-Michel, le gouvernement a, je crois, pris des mesures pour en extraire les enfans. Diverses maisons spéciales ont dû être établies pour les détenus de cet âge.

Les prisonniers politiques devraient n'avoir aucune espèce de communication avec les autres. Loin de là, on a vu sous la restauration, et nous voyons encore aujourd'hui le gouvernement envoyer les détenus de ce genre au milieu des voleurs et des assassins, et calculer froidement l'impression pénible que doit produire un pareil contact sur tout homme qui a conservé encore le sentiment de l'honneur. L'histoire de Magallon et de Fontan vient à l'appui de ce que j'avance. S'il en était besoin, je rappellerais que j'ai moi-même été enchaîné avec un forçat évadé dont on me fit partager la paille et le cachot. Nous étions alors aux beaux jours de la restauration; mais ce qui vient de se passer à Clairvaux prouve que ces beaux jours sont revenus (1).

Nous avons dit que les prisonniers du Mont Saint-Michel

(1) Le gérant de *la Glaneuse* vient d'être transféré dans cette prison.

étaient confondus pendant le jour; il est juste d'ajouter que la vicieuse distribution de cette maison ne se prête guère à un classement des détenus tel qu'on pourrait le désirer. Dans un établissement de ce genre, non-seulement les individus condamnés pour les mêmes délits devraient être réunis dans des corps-de-logis et des préaux particuliers, mais il faudrait encore les éloigner des condamnés en récidive. Des êtres familiarisés avec le crime, et dont j'ai vu la perversité calculer ceux qu'ils peuvent encore commettre pour ne mériter juste qu'un emprisonnement, sont une société pernicieuse pour l'homme qu'un fatal concours de circonstances a pu rendre coupable. Une peine assez courte, des moyens moraux convenablement dirigés, suffiraient pour le diriger et en faire encore un homme utile à la patrie.

Mais pour arriver à cet heureux résultat, il faut habituer le prisonnier au travail, lui faire perdre le goût de l'oisiveté qui finit par conduire l'homme à tous les vices; il faut lui faire comprendre, par de sages instructions, que le vice est toujours, en définitive, moins profitable que la pratique des vertus sociales. En inspirant aux détenus l'amour de l'ordre et de l'économie, ils se familiariseraient avec un genre de vie régulier; ils sentiraient que la propriété acquise par une honorable industrie prospère toujours mieux que celle dont on prive ses semblables par des moyens honteux. Ainsi dirigés, les détenus pourraient rentrer dans la société avec des habitudes de prévoyance et des principes de morale propres à les conduire vers le bien. Les prisonniers doivent être considérés comme des malades dont la guérison morale exige un traitement long et souvent difficile, mais dont le succès dépend principalement de la conviction que vous porterez dans leur âme sur l'avenir qui les attend en reparaissant dans le monde. Celui qui sort de prison doit pouvoir se dire: corrigé de mes erreurs, j'ai droit à l'estime et à la confiance publiques. Voilà ce qu'il

est important de lui faire comprendre. Mais ce n'est point en le traitant avec dédain, en l'avilissant à ses propres yeux, ou en portant le découragement dans son cœur, qu'on peut atteindre ce but.

La détention n'a pas seulement pour objet de priver un homme de sa liberté, en le renfermant sous des verroux. Ainsi envisagé, l'emprisonnement serait un droit fort contestable et tout-à-fait immoral, que l'homme civilisé s'arrogerait sur ses semblables; il serait aussi attaquable dans son principe que la peine de mort, dont tous les bons esprits du siècle demandent à juste titre l'abolition. La détention a un but plus louable. Elle doit tourner à l'avantage de la société et de l'homme qui a encouru cette peine. Le temps de captivité est une épreuve morale que la loi inflige à celui dont la raison, momentanément égarée, a besoin du silence de la réflexion et de l'isolement. Un coupable, quel qu'il soit, n'a pas cessé d'être homme; à ce dernier titre, on lui doit au moins quelques égards. Ne fut-il pas un temps en France où les aliénés étaient traités comme des bêtes féroces. Grâces aux lumières et à la philantropie des médecins modernes, l'humanité n'a plus à rougir des excès commis sur ces malheureux. Le prisonnier est presqu'un aliéné qu'il convient de traiter comme tel. Pourquoi, dans la plupart des prisons de France, les détenus sont-ils encore conduits comme des troupeaux de bêtes de somme!

L'inconduite des détenus dans les maisons de correction doit être réprimée. Il faut des punitions, pour contenir dans le devoir et l'obéissance ceux qui s'en écartent. Une administration éclairée ne manque pas de moyens de répression. Sans cesser d'être sévère et même inexorable dans l'application des peines, elle doit d'abord être juste et impartiale. Mais la nature et le choix des punitions exigent du discernement. Il n'appartient qu'à un homme doué de sagacité d'en faire une judicieuse application, en les variant et les modifiant suivant les fautes et les individus. Ce n'est qu'ainsi

qu'elles sont vraiment profitables, et à celui qui les subit, et à ceux qui en reçoivent l'exemple.

La punition la plus rigoureuse que l'on puisse infliger, est, à notre avis, la privation de travail et l'isolement. Il n'y a pas de supplice comparable à cette peine qui, je n'en doute pas, peut même, quand elle est prolongée, porter atteinte aux facultés mentales de certains individus; je pourrais en citer des exemples. Il faut avoir subi le secret pour se faire une idée de cette torture. Ce genre de correction est cependant à-peu-près le seul que l'on inflige aux prisonniers du Mont-Michel. Le détenu qui l'a encouru est jetté dans un cachot sur la paille; il n'a que le pain et l'eau. La durée de cette peine varie suivant la gravité du délit; dans certains cas, on la rend encore plus rigoureuse en mettant les fers au coupable.

Les cachots du Mont Saint-Michel, ainsi qu'on l'a déjà vu, sont comme tous les réduits de ce genre, c'est-à-dire insalubres. Des murs souterrains, d'une très-grande épaisseur, y entretiennent une humidité continuelle; joignez à celà quelques rayons de lumière oblique pénétrant dans ces étroites et sombres demeures, et vous aurez un aperçu des cachots en général. La plupart des malheureux qu'on y plonge n'en sortent que pour entrer à l'infirmerie et quelques-uns même pour aller au cimetière. Chargé par la nature de mes fonctions, de visiter ces infortunés, il m'est souvent arrivé, en pénétrant dans ce séjour d'horreur, de reculer d'épouvante à la vue de spectres décharnés, qui me tendaient les bras, et dont la voix presqu'éteinte me suppliait de les faire conduire à l'infirmerie. Le dirai-je! ce n'était quelquefois pas sans peine que j'obtenais leur mise en liberté provisoire. Il arrivait souvent qu'on les reconduisait au cachot pour y subir le reste de leur punition, sauf à les faire rentrer de nouveau à l'infirmerie.

Il serait à désirer qu'on abolît les cachots dans toutes les prisons. N'est-ce pas assez d'isoler le détenu, de le priver de

travail, de le livrer tout entier au repentir et aux tristes réflexions suggérées par l'oisiveté et souvent par le désespoir ! N'est-ce pas déjà trop que de le faire coucher sur la paille, sans couverture, de le priver de soupe ! faut-il donc altérer sa santé, lui donner même la mort, et quelle mort ! en l'enterrant vivant dans une fosse insalubre ! Que des écrivains, s'enthousiasmant à froid, nous vantent les progrès de la civilisation et la douceur de nos mœurs ; je leur répondrai : allez voir les cachots du Mont Saint-Michel ; parcourez les prisons de France ; vous y verrez des tortures, restes de la barbarie de vos ayeux ; vous portez encore sur votre front la rouille des siècles passés. Nos pères n'ont pas renversé toutes les bastilles en 1789 ; ils ont laissé debout celle du Mont Saint-Michel.

En parlant de cette prison, je ne puis passer sous silence une correction qui était infligée pendant mon séjour : je veux dire la bastonnade. L'on m'a rapporté que ce châtiment avait été abandonné depuis quelques années ; je ne puis pas l'affirmer. Quoique ce genre de punition ne fût alors que rarement mis en usage, et pour quelques mauvais sujets insensibles aux autres peines, cependant il ne peut être toléré ; il n'est ni dans nos lois, ni dans nos mœurs qui le proscrivent également. L'homme dépravé, dont le cœur est fermé à tout sentiment délicat, finit par devenir aussi insensible aux coups qu'aux remontrances et aux autres châtimens. L'humanité ne peut que gémir sur la dégradation d'un être pareil. On pourra cependant le ramener plutôt par la douceur et des procédés bienveillans, que par des corrections corporelles qui l'avilisssent à ses propres yeux, au lieu de le corriger. Laissons la *schlague* au despotisme barbare sous lequel vivent encore les peuples septentrionaux de notre Europe, puisqu'ils veulent bien courber leurs phlegmatiques épaules sous cette humiliante et cynique correction : un Français, même en prison, ne veut point être traité en esclave. Libre ou captif,

il est protégé par la loi qui punit sévèrement tout excès, tout abus de pouvoir commis sur sa personne.

Des infirmeries du Mont Saint-Michel. — Ces infirmeries, exposées au sud-est de la Maison centrale, sont isolées du logement des prisonniers valides. Elles offrent les conditions de salubrité que l'on peut désirer dans un établissement de ce genre, tout en conservant les dispositions commandées pour la garde des détenus qu'y conduit leur mauvaise santé.

Trois salles assez spacieuses, vû la population générale de la maison, sont réservées pour les détenus malades; elles suffisent aux besoins ordinaires. L'une d'elle est spécialement affectée aux galeux et aux teigneux.

Des prisonniers intelligens et d'une conduite régulière sont choisis comme infirmiers. Un médecin, un chirurgien et un pharmacien sont en outre attachés à l'établissement, et obligés de résider au Mont Saint-Michel. Cette amélioration dans le service de santé n'a été introduite que depuis peu d'années; car de mon temps tous ces employés demeuraient à Pontorson, c'est-à-dire à deux lieues de là, et ne paraissaient souvent à la prison qu'une fois par mois. Quoique prisonnier, j'étais, en leur absence, chargé de leurs fonctions réunies. L'administratiou, sans passer pour sévère, n'aurait pas dû tolérer une pareille négligence.

Dès qu'un prisonnier arrive au Mont Saint-Michel, il est visité avec soin; on lui coupe les cheveux, et s'il a des poux, on lui frotte la tête avec un peu d'onguent mercuriel; on lui donne un bain et l'uniforme de la maison. S'il a la gale, après ces précautions préliminaires, on le conduit immédiatement à l'infirmerie, d'où il ne sort et ne communique avec les autres détenus qu'après son entière guérison. Le seul traitement qu'employait M. Hédouin était celui par les frictions avec la pommade soufrée; les malades étaient; en outre, mis à l'usage d'une tisane de patience ou de bardane. Soit négligence de leur part dans l'emploi des frictions pres-

crites, soit par l'effet de toute autre cause, sur laquelle nous ne nous arrêterons point ici, la plupart de ces malades ne guérissaient qu'après un séjour fort long à l'infirmerie. Le plus grand nombre des galeux qui peuplaient la salle affectée à leur traitement étaient des bas-Bretons. Presque tous les prisonniers envoyés de cette contrée arrivaient avec cette éruption.

Quelques enfans affectés de la teigne sont passés sous mes yeux. On leur rasait la tête, qui était ensuite lavée, deux ou trois fois par semaine, avec une forte dissolution de savon. Dans l'intervalle, on faisait des frictions avec la pommade soufrée, dans laquelle on incorporait quelquefois de la poudre de charbon. Dans certains cas, on couvrait la tête avec un cataplasme émollient. Quand cette partie était nettoyée des croûtes qu'elle fournissait, on revenait aux frictions soufrées. Les malades avaient la même tisane que les galeux. Je n'en ai point vu guérir radicalement sous l'influence de ce traitement.

Les détenus dont l'état ne nécessite pas l'entrée à l'infirmerie, mais qui cependant ont besoin de tisane, de bouillon, ou même de quelques médicamens, en obtiennent sans difficulté en se présentant à la visite qui a lieu tous les jours. Ceux qui sont plus gravement malades sont immédiatement conduits à l'infirmerie, où ils reçoivent les soins que leur état exige, tant sous le rapport des médicamens et de la nourriture, pendant leur convalescence, que sous celui de la propreté qui règne autour d'eux. J'ai toutefois souvent regretté que la difficulté d'avoir de l'eau au Mont Saint-Michel privât les malades et les convalescens de prendre des bains, modificateurs si puissans dans bien des cas, tant en santé qu'en maladie.

Si l'on se rappelle ce que nous avons dit sur l'exposition de la Maison centrale, sur celle des ateliers, des dortoirs, sur le genre des constructions, sur la nourriture, les travaux, et en général sur le régime des prisonniers du Mont Saint-

Michel; si l'on n'a pas oublié nos observations sur la constitution atmosphérique de cette contrée, il sera facile de prévoir déjà quelles doivent être les maladies les plus communes parmi les détenus. Des inflammations des membranes muqueuses gastrique ou pulmonaire, plus ou moins intenses, quelques péripneumonies, telles sont en général les affections les plus fréquentes que l'on a à traiter aux infirmeries.

En 1820, une épidémie de typhus fit de grands ravages dans cette prison, autant que j'ai pu m'en convaincre par la mortalité qui y décima alors la population, et dont j'ai relevé l'état, comme on le verra sur le tableau (page 484).

J'ai déjà fait remarquer que les individus conduits au Mont Saint-Michel avec des dispositions aux phlegmasies pulmonaires, ne tardaient pas à succomber, surtout si, par leur insubordination, ils s'exposaient à séjourner plus ou moins de temps dans les cachots. J'ai vu ainsi périr très-promptement plusieurs de ces malheureux qui étaient arrivés avec les apparences extérieures d'une bonne santé et d'une forte constitution. Chez tous ceux que j'ai pu ouvrir, j'ai trouvé des tubercules dans les poumons, les uns à l'état de crudité, les autres déjà en suppuration et formant des cavernes, etc., etc.

J'ai vu aussi un homme brun, d'une forte constitution, âgé d'une trentaine d'années, et dont le genre de vie dans la prison n'était pas des plus désavantageux (il était barbier), être pris tout-à-coup d'une tumeur scrofuleuse au côté droit du cou. Cette tumeur acquit, dans l'espace de quelques mois, une grosseur considérable, malgré l'emploi de moyens assez énergiques, puisqu'elle fut cautérisée afin d'y déterminer une fonte suppuratoire. Comprimant le larynx et le pharynx, elle entraîna la mort du malade qui périt d'inanition et suffoqué. J'en fis l'autopsie; je ne puis rapporter ici tous les détails de cette observation. Je passe également sous silence quelques autres cas de graves affections auxquels ont succombé des prisonniers que j'ai ouverts. Je

puis citer entre autres deux individus qui, bien portans la veille, furent trouvés morts dans leur lit. L'un portait un anévrysme de la crosse de l'aorte qui s'était rompu; l'autre ne me présenta aucune lésion capable d'expliquer une mort aussi subite.

J'ai vu se renouveler quatre ou cinq fois dans un assez court espace de temps, un accident que l'on doit attribuer à l'usage d'un instrument dont se servent les menuisiers au Mont Saint-Michel. Je veux parler de blessures faites à la malléole interne du pied gauche avec l'herminette. Pour qui connaît la forme de cet outil et la manière dont s'en servent les charpentiers et menuisiers, il sera facile de comprendre la fréquence de ce genre de blessure, que j'ai pu observer quatre fois dans l'espace de deux mois. Dans deux cas, l'hémorrhagie occasionée par la section de l'artère malléolaire interne devint assez inquiétante pour nécessiter, pendant plusieurs jours, un petit appareil de compression sur le vaisseau.

Nous terminerons ce travail, en présentant un état de la population de la maison centrale du Mont Saint-Michel, depuis 1820 jusqu'en 1824. Cet état, comparé avec celui du mouvement des infirmeries, pendant le même espace de temps, résumera les idées qu'on a pu se faire déjà sur la salubrité de cette prison.

Mouvement de la population de la Maison centrale de détention et de déportation du Mont Saint-Michel, pendant quatre ans.

ANNÉES.	Trimestres.	Population de la maison.	Population moyenne des infirmeries par jour.	Décès par Trimestre.	Population moyenne de la maison par année.	TOTAL des DÉCÈS.	OBSERVATIONS.
1820	1er	571	50	20	560	72	Une épidémie de typhus régna dans la prison en 1820, pendant les deux premiers trimestres.
	2e	564	45	39			
	3e	553	23	9			
	4e	554	19	4			
1821	1er	615	27	11	576	36	
	2e	600	30	13			
	3e	603	23	7			
	4e	485	25	5			
1822	1er	567	18	11	599	31	
	2e	623	20	9			
	3e	604	14	6			
	4e	604	16	5			
1823	1er	611	15	4	648	14	
	2e	664	18	6			
	3e	642	14	3			
	4e	673	17	1			
TOTAUX.....	«	9,533	«	153	2,383	153	

En jettant les yeux sur le tableau ci-joint, on verra que l'année 1820 est celle qui présente la mortalité la plus considérable; elle a été presque de 1 sur 8, puisque sur une population moyenne de 560 prisonniers, il en est mort 72; mais, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, une épidémie désastreuse porta alors l'épouvante dans la maison. Les années suivantes, comparées l'une à l'autre, offrent des résultats statistiques plus satisfaisans, sans être cependant tout ce que l'on pourrait désirer, puisque la mortalité a encore été de 1 sur 16, en 1821, et de 1 sur 19, en 1822. On compte en France, un décès pour 39, 7, environ 40 habitans. Il est facile de se convaincre que la population du Mont Saint-Michel ne suit pas la loi générale. L'année 1823 seule y a été soumise. Mais si, comme on doit le faire, pour obtenir des appréciations plus justes, en calculant sur de plus grandes masses, on compare la population moyenne des quatre années avec le nombre total des décès, on trouve un résultat bien inférieur à celui présenté par la loi générale indiquée ci-dessus. Ce résultat est effrayant, puisqu'il présente en définitive un décès pour 15, 21, pas 16 individus! Ce chiffre est plus éloquent que tout ce qu'on peut dire sur la prétendue salubrité de la prison du Mont Saint-Michel.

Il convient néanmoins de faire observer qu'une épidémie meurtrière figure parmi les élémens des calculs auxquels nous nous somme livrés. Mais toujours est-il que, si un accident de cette nature sort des règles ordinaires, il n'en est pas moins vrai qu'on peut, avec juste raison, le regarder comme dépendant des localités ou bien de l'oubli des précautions hygiéniques propres à le prévenir; dès-lors il peut encore se renouveler au Mont Saint-Michel.

Au reste, notre travail sur cette prison est le produit d'observations et de recherches consciencieuses. J'ai décrit ce que j'ai vu, ce que j'ai senti. Si des réflexions, inspirées par le seul désir d'être utile à une classe d'hommes dont j'ai su apprécier les souffrances en les partageant, pou-

vaient susciter des améliorations en leur faveur, je ne regretterais pas le temps de ma captivité. D'autres pourront completter cet essai que je n'ai fait qu'ébaucher; ils y apporteront, je n'en doute pas, plus de talent, mais non pas plus de bonne-foi.

Non ignara malis, miseris succurrere disco.

Recherches sur l'évolution spontanée du fœtus ; par P. GUILLEMOT.

L'évènement qui a le plus excité l'étonnement de l'accoucheur, dans la présentation de l'épaule, avec déploiement du bras hors des parties naturelles, est sans contredit, l'évolution spontanée du fœtus. Si, depuis les publications de Denman, ce fait est devenu un objet d'étude, on ne doit pas oublier que l'évolution s'était offerte, avant cette époque, à l'observation, et qu'elle avait conduit à des pratiques que la raison avait repoussées, parce que les faits n'étaient ni constans, ni exactement appréciés. Denman, tout en reconnaissant que la version, au moyen des pieds, était la meilleure méthode, quand on pouvait la pratiquer sans nuire à la mère, et avec l'espoir de sauver l'enfant, recommande d'attendre cette évolution, dans les conditions où le fœtus a perdu la vie, plutôt que d'avoir recours à l'art, pour vaincre les obstacles qui s'opposent à l'accouchement. En se conduisant ainsi, on peut voir l'enfant ramené à une meilleure position et expulsé par les contractions de la matrice; mais, avant de se livrer à cette espérance, le médecin doit avoir présens à l'esprit tous les évènemens qui surviennent lorsque les efforts de la nature ne peuvent pas suffire à la délivrance. La rupture de la matrice, son inflammation gangréneuse, et l'épuisement de la femme, qui, quelquefois succombe ayant encore l'enfant dans son sein, sont les accidens formidables

que l'expectation peut entraîner à sa suite. Aussi, peu d'accoucheurs ont-ils imité Denman, et si nous possédons un assez grand nombre d'exemples d'évolutions des fœtus, c'est que la conversion s'est opérée à l'insçu et contre l'attente de l'homme de l'art qui les a recueillis. Il ne devait pas en être autrement : sur quelles données l'accoucheur aurait il pu asseoir son pronostic ? à quels signes pouvait-il présager la sortie du fœtus, et de quelles circonstances pouvait-il s'autoriser pour attendre impunément ? Pour lui, tout était incertitude, car les questions principales qui devaient le conduire à des règles fixes, n'avaient pas été agitées.

On a généralement supposé que cette évolution ne pouvait s'opérer que lorsque le bassin était large et l'enfant petit ou prématuré. Dans la plupart des observations, ces conditions ont manqué ; le pelvis avait ses dimensions ordinaires ; la femme était au terme de sa gestation et quelquefois à son premier accouchement, et les enfans présentaient un volume assez considérable. Si, le plus souvent on a vu le fœtus arriver mort, dans quelques cas il est venu au monde plein de vie. Ce qu'il y a eu de plus constant parmi les phénomènes qui signalent cette évolution, ce sont les contractions utérines, dont la violence et la durée ont empêché l'accoucheur d'introduire la main dans matrice. Mais cette condition ne doit pas suffire, car si l'évolution n'était pas favorisée par d'autres circonstances, elle ne pourrait avoir lieu, malgré la persistance et l'intensité des douleurs. Robert Gooch, peu satisfait des explications données, a cherché dans la position du fœtus, quelles étaient les circonstances les plus favorables à cette évolution, et quoiqu'il ne les ait pas suffisamment appréciées, il nous a mis sur une nouvelle voie de recherches, et nous a rappelé des faits qui peuvent éclairer et résoudre la question (1).

(1) La plupart des idées contenues dans cette première partie,

Mais avant d'exposer ce travail, jettons les yeux sur ce qui se passe dans l'évolution spontanée.

L'évolution peut se présenter de deux manières différentes : dans la première, le bras continue de rester au-dehors ou à travers les parties naturelles; dans la deuxième, il remonte dans l'utérus à mesure que les fesses descendent et s'engagent dans le bassin : ce qui doit constituer deux espèces d'évolution qui méritent d'être traitées séparément, puisque la nature suit une marche différente dans l'un et l'autre cas. C'est peut-être pour avoir négligé cette division, que les auteurs ont mis tant de divergence dans les opinions qu'ils ont adoptées.

Dans l'examen de ces deux espèces d'évolution, il est des erreurs qu'il est nécessaire d'éviter. Des cas de procidence du bras sous les fesses, nous ont été donnés par des auteurs très-graves, comme des exemples de conversion spontanée. Boer n'est point à l'abri de ce reproche, suivant Gooch, dans le fait qu'il rapporte (1). Cet auteur

---

appartiennent à l'auteur anglais; quoiqu'elles aient été publiées en Angleterre, dès l'année 1820, elles paraissent ignorées en France. J'ai cru devoir les reproduire. Protégées dans leur pays natal, par le nom de l'auteur, je n'ai cherché à leur donner, dans le nôtre, que l'autorité des faits.

(1) Voici l'observation d'évolution, telle que Boër l'a exposée, dans le cinquième livre de son ouvrage sur les accouchemens, page 431.

« Au commencement de l'été, année 1803, une femme se présenta à l'hôpital d'accouchement. Les membranes s'étaient rompues une heure avant son arrivée. L'exploration apprit que le bras gauche s'était échappé dans le vagin. Boër, appelé sur le champ, reconnut que ce membre était descendu si bas, qu'on pouvait voir les doigts de l'enfant. Le bras commençait à se tuméfier et l'orifice utérin était peu dilaté. Le fœtus était situé transversalement, l'abdomen tourné vers le dos de la mère. Le segment inférieur de l'utérus et l'ouverture supérieure du bassin ainsi que sa cavité, paraissaient au toucher vides et libres. Après l'administration d'un lavement, les douleurs devinrent fréquentes et énergiques. En portant les doigts dans le vagin, Boër ne fut pas peu étonné de reconnaître que la main de l'enfant était remontée et se trouvait plus élevée que lors de son premier examen. Du-

anglais aurait commis la même méprise, s'il n'avait pas pénétré dans la matrice, dans un cas de cette espèce. Je fus appellé, nous dit-il, pour faire la version; la main se présentait à-peu-près comme dans l'observation de Boër; mais en la reportant dans l'utérus, je trouvai les fesses, à l'ouverture supérieure, qui bientôt après descendirent dans la bassin. C'était seulement une présentation des fesses. La main avait glissé accidentellement dans le vagin. (*Transactions Médicales*, vol. 6, pag. 234.)

Il n'est pas rare de rencontrer de semblables faits; mais avec de l'attention, on peut découvrir quelle est l'espèce d'accouchement qui se présente. Si l'expulsion a lieu avant qu'on n'ait pu s'en assurer, il est plus naturel d'expliquer ce fait par la procidence du bras sous les fesses, que par l'évolution spontanée, à moins que le fœtus ne porte des traces de la présentation du bras ou de l'épaule (1). Ces re-

rant la douleur, dit-il, je laissais la main dans le bassin. La contraction continua sans relâche; le bras de l'enfant se porta manifestement sur le côté droit du vagin. Mais ce qui attira surtout mon attention, c'est qu'au même moment la cavité du bassin fut remplie par les fesses de l'enfant et que ma main était pressée entre le bras et les fesses ou plutôt la hanche gauche du fœtus. Comme les douleurs étaient continuelles, je ne trouvai rien de mieux à faire que de laisser ma main suivre les efforts de l'expulsion que les fesses éprouvaient. Je ne puis dire ce que le bras est devenu; serait-il remonté entièrement sur la poitrine et le côté de la tête, lorsque les fesses s'avançaient à travers le détroit inférieur, ou serait-il arrivé la main dirigée en bas? La rapidité du travail m'a empêché de le reconnaître. Le corps et la tête de l'enfant traversèrent avec autant de promptitude le détroit inférieur, que les fesses en mirent pour passer du détroit supérieur dans la cavité du bassin, quelques minutes auparavant. » — L'enfant était plein de vie.

(1) Tels sont les deux exemples que rapporte M. Champion. « J'ai été témoin, dit-il, une seule fois de ce mode de conversion, et l'enfant qui pesait sept livres moins un quart, n'a dû la vie qu'à la prompte version. La dame, qui fait le sujet de cette observation, était jeune, forte, et à terme d'un second accouchement; les douleurs furent si véhémentes, elles se succédèrent avec une telle rapidité, que six heures et quelques minutes suffirent pour opérer la délivrance. A

marques se reportent également sur les cas où le bras peut accompagner la tête. Ce membre peut s'échapper et arriver dans le vagin, quoique la tête conserve, avec le bassin, les rapports qu'elle a dans ses meilleures présentations. Je me rappelle avoir observé, en 1827, un fait de cette espèce; le bras était descendu dans le pelvis, et me fit craindre une présentation d'épaule; en poussant plus loin mes recherches, je découvris la tête, sur le côté gauche de laquelle

---

la vérité, l'enfant naquit dans un état de mort apparente; mais je dissipai cet état par une ample saignée des vaisseaux ombilicaux que je fis d'après une méthode qui m'est particulière.

Un de mes anciens élèves, praticien distingué, a cu aussi l'occasion de recevoir un enfant à terme, vivant et assez gros, après un travail très-court, et avant l'arrivée d'un confrère qu'il avait fait appeler. L'engorgement de l'épaule et de la partie correspondante de la poitrine, qui existait dans ces deux cas, ne permit pas de douter un seul instant que ces enfans s'étaient présentés primitivement dans une position franche de l'épaule. »

En 1830, au mois de janvier, je fus mandé à Monceaux, pour terminer un accouchement. La femme était jeune, forte, et touchait à son huitième mois. Elle était en travail depuis deux jours; les eaux s'étaient écoulées, et le bras gauche avait paru au-dehors, la veille du jour où je fus appelé. La sage-femme réclama le secours du médecin de ce village; une saignée fut pratiquée, des bains furent donnés. A mon arrivée, le col ne me parut pas assez dilaté pour entreprendre la version. Cependant, je reconnus la présence de l'épaule, embrassée par la matrice. Je conseillai un nouveau bain; et comme la femme n'était pas fatiguée, je pouvais remettre aussi au temps la dilatation de l'orifice. J'ajournai cette opération jusqu'au soir; alors il était trois heures. Après m'être arrêté quelque temps à Monceaux, j'allais rentrer à Paris, lorsque le mari vint à toute hâte m'avertir que l'accouchement était terminé. Curieux de vérifier le fait, je vins revoir la malade, et j'appris, qu'au moment où elle se disposait à entrer dans le bain, l'enfant s'était échappé des parties naturelles. Il était du volume d'un fœtus de plus de sept mois, et portait les traces de la présentation de l'épaule. Depuis quelques temps, il avait cessé de vivre. Je ne pus savoir quelles étaient les parties qui s'étaient présentées les premières. Malgré ma répugnance à admettre dans ce cas l'évolution pour expliquer le fait, je n'entrevis pas une autre cause. Je regrette de n'avoir pas conservé un souvenir exact sur cet événement. — Le bassin était large et la femme était à sa première gestation.

le bras s'appliquait ; elle continua d'avancer, et lorsqu'elle fut parvenue au détroit périnéal, la main même ne pouvait plus être sentie. Le bras était remonté, à mesure que la tête s'était engagée dans l'excavation ; il est beaucoup de praticiens qui ont été témoins de semblables complications. D'ailleurs dans tous les faits où l'évolution a eu lieu, le bras a été expulsé jusqu'à l'épaule, tandis que dans les autres, la main et les doigts n'ont fait qu'apparaître dans le vagin, et lors des douleurs, le bras, loin de descendre, est déplacé et remonte. La tuméfaction de cette partie est encore un signe fort équivoque de cette présentation. Baudelocque rapporte un fait où la présentation de la tête était compliquée de la présence du bras qui s'était, pendant le travail, engorgé et tuméfié.

La première espèce d'évolution spontanée a été mal comprise en France, et les faits présentés par Denman et d'autres praticiens ont été presque toujours interprétés suivant l'opinion que cet évènement a fait naître dans l'esprit, et non d'après l'observation attentive de la marche de la nature. De tous les auteurs français, M. Champion est celui qui s'est le plus approché de la vérité, lorsqu'il exposa que, dans l'évolution spontanée, il arrive que l'enfant est poussé dans le bassin, et qu'à la faveur de la flexibilité de la colonne vertébrale, il est replié, roulé, contourné sur lui-même, de telle sorte que ses fesses descendent dans le bassin, qu'elles s'engagent successivement avec la poitrine et le bras sorti, sans que la tête ait presque quitté la place qu'elle occupait. Mme Lachapelle, dont le témoignage est d'un si grand poids en cette matière, a partagé l'erreur de ses contemporains. Devant les faits qui appartiennent à la première espèce d'évolution, elle a placé l'explication suivante : « Ce mécanisme ne commence jamais, dit-elle, qu'après la rupture des membranes et souvent après le ramollissement putride du fœtus : alors l'utérus, en se contractant, agit principalement sur l'extrémité pelvienne,

qui, comme nous l'avons vu tout-à-l'heure, est la partie la plus élevée du fœtus. Cette partie, ainsi déprimée, enfonce vers l'excavation, l'épaule et la poitrine; mais la tête ne s'engage pas, et par conséquent le fœtus ne peut sortir dans cette attitude. L'abdomen d'ailleurs cède d'avantage à la pression; sa mollesse le rend susceptible de s'accommoder aux ouvertures du bassin; il s'enfonce plus aisément dans l'excavation, et force la poitrine d'en sortir pour remonter du côté où d'abord était la tête. L'abdomen, une fois engagé dans l'excavation, entraîne facilement l'extrémité pelvienne, toujours poussée par la contraction de l'utérus; cette extrémité s'enfonce dans le bassin; les fesses s'avancent vers la vulve, et l'enfant naît comme si l'extrémité pelvienne se fut présentée de prime-abord. »

« Remarquez que, pendant toute la durée de ce mécanisme, les fesses du fœtus sont les parties sur lesquelles l'utérus agit avec plus de force et d'énergie; d'abord à cause de leur élévation, et ensuite à cause de leur continuité avec le tronc. En effet, à mesure que la poitrine se relève, la tête, se relevant aussi, finit par être au niveau des fesses, et par conséquent soumise également à l'effort de l'utérus; mais cet effort, brisé par la mobilité du col, ne repousse point le thorax, et d'ailleurs, je le répète, les parties les plus molles ayant plus de facilité à s'enfoncer dans l'excavation, l'abdomen en chasserait encore la poitrine, quand même il y aurait des deux côtés une impulsion à-peu-près égale. » — Cette doctrine est généralement adoptée par les écrivains de notre nation; pour eux, l'évolution est une version spontanée. Les développemens qu'ils ont donnés à cette opinion, nous ont tellement éloignés des idées que les premières observations d'évolution avaient fait naître, qu'il est besoin de remonter aux faits qui ont conduit Denman à sa théorie sur l'évolution.

Premier cas. — « Dans l'année 1772, je fus appelé dans la rue d'Oxford, pour une pauvre femme qui avait été en

travail toute la nuit précédente, entre les mains d'une sage-femme : j'y trouvai deux étudians dans l'art des accouchemens, qui avaient été mandés quelques heures avant moi ; M. Kingston, demeurant aujourd'hui dans la rue Charlotte, et M. Goodwin, maintenant chirurgien à Werksworth. Comme l'enfant présentait le bras, ces messieurs avaient cherché à le tourner et à le tirer par les pieds ; mais les douleurs étaient si fortes qu'elles empêchaient l'introduction de la main dans la matrice. Je trouvai le bras très-enflé et poussé au milieu des parties externes, de telle manière que l'épaule s'étendait près le périnée. La femme s'agitait beaucoup au milieu de ses douleurs, et pendant qu'elles continuaient, j'aperçus que l'épaule de l'enfant descendait. Concluant de là que l'enfant était petit et qu'il pourrait passer le corps plié en deux, au travers du détroit inférieur, je priai un des messieurs qui assistaient la femme, de se baisser pour recevoir l'enfant ; mais les amis de la femme ne voulant pas me permettre de faire un mouvement, je restai dans la ruelle du lit, jusqu'à ce que l'enfant fut expulsé, et je fus fort surpris de trouver que les fesses et les extrémités inférieures étaient sorties avant la tête, comme si l'enfant avait présenté, dès le premier moment, les extrémités inférieures.

» L'enfant était mort, mais la mère se rétablit aussi promptement et aussi bien qu'elle aurait pu faire après le travail le plus naturel. »

Dans cette observation, le bras et l'épaule ne paraissent pas être remontés dans l'utérus, pour faire place aux fesses. Ces deux parties, loin d'exécuter ce mouvement, se sont maintenues dans la même position, et si elles en ont pris une nouvelle, elle n'est pas celle qu'on a supposée. Denman n'a eu l'espérance d'une sortie spontanée, que lorsque l'épaule s'est abaissée davantage, disposition contraire à la théorie qu'on a enseignée. Ces remarques se fortifient encore à la lecture des observations publiées à cette

époque, comme des exemples d'évolution spontanée. Je ne choisirai que celle que Hay a exposée dans une de ses lettres à Th. Denman.

« Il faut que je vous donne l'histoire d'un accouchement, écrit-il, dans lequel un enfant fut expulsé par les seuls efforts de la mère, quoique d'abord le bras et l'épaule eussent été poussés dans le vagin, et que la matrice fût contractée si puissamment qu'il était impossible d'y introduire la main, comme on le fait d'ordinaire pour amener les pieds en bas.

» Les membranes avaient été rompues depuis six jours, durant lequel temps la femme n'eut que de petites douleurs. La sage-femme, dont l'assiduité n'avait pas été d'abord constante, aperçut au commencement du sixième jour, que le bras droit était tombé dans le vagin; car lorsque les membranes se rompirent, aucune partie de l'enfant ne pouvait être sentie. On avait appelé un jeune praticien, aussitôt que la position de l'enfant fut reconnue. Il fit faire à la malade une mixture avec un peu de teinture thébaïque, dont il lui fit prendre fréquemment dans la journée, et dans l'après-midi il la toucha et essaya de retourner l'enfant, mais les douleurs étant fortes et rapprochées, il trouva la délivrance impraticable. Je vis la femme pour la première fois à quatre heures après-midi, et dans un court espace de temps, j'essayai de porter ma main dans la matrice, en employant beaucoup de lenteur et de prudence; mais je fus obligé d'y renoncer, reconnaissant que l'opération était impossible, quelque force que j'employasse, et que je ne pouvais endurer la très-forte compression que la matrice exerçait sur ma main en se contractant.

» Comme on avait fait, avant mon arrivée, des efforts considérables pour délivrer cette femme, je craignis qu'en recommençant ces tentatives, on ne causât une inflammation de l'utérus, et je conseillai à l'accoucheur, qui était encore à prendre soin de la malade, de lui tirer un peu de sang, et de lui donner quarante gouttes de teinture thébaïque.

» Alors je quittai la femme pour une heure : pendant ce temps elle resta dans un état de parfaite tranquillité, et elle but seulement d'une infusion de menthe, ou du lait chaud coupé avec de l'eau.

» A mon retour, je fis quelques tentatives pour achever l'accouchement, mais la constriction du col de la matrice était absolument insurmontable, et je fus encore obligé d'y renoncer ; je fis donner à la malade vingt gouttes de teinture thébaïque, et la fis reposer pendant une autre heure. Les douleurs la quittèrent, et elle dormit. Quoique chaque circonstance parût alors très-favorable à l'accouchement, cependant je trouvai, en faisant une troisième tentative, que la constriction dont nous avons fait mention ne permettait point d'employer avec succès aucune force, et je fus convaincu qu'il était impossible d'amener l'enfant par les pieds. Lorsque j'eus cessé de faire aucunes tentatives ultérieures, les douleurs devinrent excessivement expulsives, l'épaule descendit plus bas dans le bassin, et je commençai à concevoir l'espérance que l'accouchement se terminerait par les douleurs naturelles, comme dans les cas que vous avez eu la bonté de me communiquer : alors je laissai la femme mettre sans interruption ses douleurs à profit. L'épaule s'engagea bientôt entre les parties externes. Le côté de l'enfant fut enfin expulsé par les pieds; la sortie du placenta se fit aussi très-bien. L'enfant était mort, mais la mère fut sauvée. La connaissance de ce que vous avez dit sur ce sujet fut d'une grande consolation pour moi, quand je vis que l'accouchement par les secours de l'art était impraticable, et je pense que vous devriez rendre vos observations aussi publiques qu'il est possible. »

Devant ces faits, on est étonné que Denman lui-même ait supposé que le bras se relève, se reporte au fond de l'utérus, à mesure que les fesses descendent, et que la présentation du bras se trouve réduite spontanément en présentation des fesses. Le retrait du bras dans la cavité uté-

rine était une chose assez remarquable, pour que les auteurs, dans les observations particulières, l'aient notée. L'évolution est un de ces événemens dont on a oublié tous les phénomènes, lorsqu'il s'est agi de l'expliquer. Douglas, de Dublin, me paraît s'être élevé le premier contre la théorie de Denman. Le mécanisme qu'il expose s'accorde avec les faits. Suivant cet auteur, le bras et l'épaule ne remontent point dans l'utérus; ils sont poussés à travers l'orifice interne, de telle sorte que le côté du tronc vient presser sur le périnée, et que les fesses entraînées trouvent place dans la courbure du sacrum, en descendant; sous l'influence des contractions énergiques de la matrice, le reste du corps et les extrémités inférieures sont expulsées. Il ne reste plus alors à dégagerque la tête et l'autre bras. Cette marche de la nature, que Douglas avait observée plusieurs fois, était tracée dans des faits qui avaient été recueillis par différens praticiens. Herder nous en fournit un exemple; un motif qui m'engage à le rapporter, c'est qu'il ne paraît pas avoir été connu en France.

« Je fus appelé, dit cet auteur dans un ouvrage daté de 1803, pour la femme d'un paysan qui souffrait depuis le vendredi jusqu'au dimanche, de douleurs qui, par leur violence, l'avaient épuisée. Le coude gauche se présentait avec le côté gauche de la poitrine. Le cordon ombilical pendait à travers les parties naturelles. Il était froid et sans pulsations. Le bras droit reposait sur le pubis, la tête sur le côté droit, les pieds se rencontraient au fond de l'utérus, et les fesses sur le côté gauche. Herder tenta plus d'une fois la version, mais les contractions spasmodiques ne lui permirent pas de l'opérer. Il administra de l'opium, après avoir attendu quelque temps; il répéta la dose, mais sans succès. L'opium, loin de donner du calme, avait produit l'effet d'un cordial, et la femme s'était ranimée. Les douleurs devinrent fortes et séparées entr'elles par peu d'intervalles. Cet état pouvait durer depuis une grande demi-

heure ou trois-quarts d'heure, lorsque la femme s'écria que les douleurs étaient si violentes, que tout arrivait. En examinant, je trouvai, à mon grand étonnement, dit-il, que les douleurs, par leur violence, avaient poussé au-dehors à travers le bassin et les parties externes, non-seulement le bras gauche, mais aussi la poitrine, et une partie du ventre de l'enfant. La tête et le bassin, aussi bien que les pieds, étaient encore retenus, et ne pouvaient pas être expulsés par les efforts de la nature, car le ventre de l'enfant était très-distendu par du gaz, et devenait un obstacle insurmontable à la délivrance. Comme l'enfant avait cessé de vivre, je perforai sans retard le ventre et la poitrine, j'enlevai les viscères, et je tirai en bas la partie inférieure du tronc, pour aller chercher le pelvis de l'enfant. Aussitôt que j'y pus parvenir et que l'extraction en fut opérée, les pieds, la tête et le bras droit suivirent. La patiente se releva heureusement de ses couches. »

Quoique l'accouchement ait été terminé par l'homme de l'art, il est facile de voir quelle eut été la marche de la nature, si elle avait opéré entièrement l'expulsion. Des faits de cette espèce ont été recueillis et bien observés, mais les auteurs ont été si prévenus en faveur de l'opinion reçue, qu'ils n'ont point alors attribué l'expulsion à l'évolution spontanée. On trouve une preuve de cette assertion dans la *Pratique des accouchemens*, par M.me Lachapelle.

« Une pauvre femme, qui avait été soumise aux manœuvres de quatre hommes de l'art, fut apportée à l'hospice de la Maternité. Elle était dans un état de faiblesse extrême. Le bras gauche avait été arraché, et le crochet avait été appliqué dans la bouche. La mâchoire inférieure avait été fracturée. La femme fut, à son entrée, mise dans le bain, où elle resta pendant deux heures. A six heures, la sage-femme en chef reconnut que le moignon de l'épaule gauche et la portion voisine du thorax avaient franchi l'orifice utérin. » Plus loin elle sentit une portion du placenta décollée. La

tête de l'enfant était renversée sur le dos, et en sens incliné à droite et en avant. Un doigt porté dans la bouche reconnut la fracture de la mâchoire. La mâchoire, fortement appliquée sur la surface du corps de l'enfant, empêcha la main de pénétrer plus avant et d'arriver jusqu'aux pieds. Un lacs avait été appliqué sur le moignon de l'épaule pour fixer le fœtus pendant ces tentatives. M. Paul Dubois ne put pénétrer plus loin ni obtenir aucun résultat de l'emploi du crochet mousse du forceps. La malade fut mise au bain, et une demi-heure après reportée dans son lit : elle y passa la nuit dans un état de faiblesse excessive, exhalant par le ventre une odeur infecte. A six heures du matin le bain fut renouvellé; elle y resta deux heures et demie, pendant lesquelles le thorax du fœtus, s'enfonçant de plus en plus, arriva jusqu'à la vulve, et permit à la sage-femmme en chef d'achever l'extraction du fœtus putréfié, verdâtre, dont le corps était aplati et ployé en deux vers le milieu du dos. Les ligamens du rachis étaient rompus, et les vertèbres séparées en cet endroit. » L'éditeur de l'ouvrage ajoute, dans les réflexions, « que cette expulsion n'a pas eu lieu par l'évolution; mais la rupture du rachis et la putréfaction du fœtus rendent raison de cette irrégularité. » L'observation suivante de R. Gooch, nous dévoile en entier le mécanisme de cette expulsion, et ne laisse pas le moindre doute sur l'exactitude de l'opinion de Douglas.

Une jeune et grande femme, arrivée au terme de sa première grossesse, dit-il, fut prise de légères douleurs de l'enfantement, dans la nuit du 23 au 24 octobre 1819. Vers le matin, les membranes se déchirèrent, et elle fit appeler la sage femme; c'est d'elle que j'appris, qu'à son arrivée, l'orifice de l'utérus était entr'ouvert, mais qu'elle n'avait pu sentir aucune partie de l'enfant. A la longue, les douleurs devinrent plus fortes, et le bras descendit, et l'obligea d'appeler du secours. En examinant, je trouvai que le bras était sorti, non-seulement tout entier, mais encore que l'é-

paule s'était avancée sous l'arcade du pubis, et s'était dirigée, comme l'occiput a coutume de le faire avant la sortie de la tête. J'observai ensuite qu'à chaque forte douleur, le côté de sa poitrine était pressé et abaissé sur le périné. Surpris de cela, je m'abstins de procéder à la version, et j'attendis l'expulsion spontanée. Résolu de savoir ce que deviendrait le bras, si elle arrivait, et de m'éclairer sur ce point de la question, je la retins avec une serviette, et j'en observais les mouvemens. Loin de se reporter dans l'utérus, lorsque la douleur survenait, il s'avançait d'autant plus que l'épaule se portait davantage sous l'arcade du pubis, et que le côté du thorax pressait sur le périnée, et apparaissait plus au-dehors. Le travail avança si rapidement qu'en deux douleurs, secondées par les efforts musculaires de la femme, mais en apparence, avec moins de souffrauce, que dans la sortie de la tête à un premier accouchement, le côté de la poitrine, celui de l'abdomen et des fesses, passèrent l'un après l'autre avec violence sur le périnée, jusqu'à ce que les fesses et les cuisses eussent été complètement expulsées.

La tête et l'autre bras restaient encore à être dégagés; mais cette extraction se fit avec beaucoup de facilité. L'enfant était mort. La mère ne l'avait pas senti remuer, depuis le jour précédent, à midi; le cordon était non-seulement sans pulsation, mais il était flétri et paraissait vide de sang, comme si la circulation n'y avait point eu lieu depuis quelque temps. Le côté de la poitrine qui s'était montré le premier, était d'uue couleur livide, et la peau s'enlevait. »

On sait que des accouchemens se sont terminés par les fesses, quoique le bras se présentât le premier, et malgré les tractions que le chirurgien exerçait alors sur lui. Monteggia, témoin de deux faits de cette nature, voulut faire l'essai sur les cadavres de ces manières d'extraire l'enfant, pour en voir plus clairement le mécanisme, et il observa que quand on continue de tirer le bras avec force en avant et vers le pubis, l'une des épaules descendant dans le bassin;

le tronc se courbe fortement, et s'abaisse ainsi jusqu'à ce que les fesses, qu'il suppose occuper la partie postérieure de la matrice, aient passé l'éminence du sacrum. Comme le tronc du fœtus avait souffert une très-grande courbure au passage des fesses sur cette éminence, il arrive que, lorsqu'elles ont pu la passer, elles se trouvent dans la cavité du sacrum, où elles ont plus d'espace; alors l'élasticité du tronc du fœtus réagit avec plus de force et tend à redresser la partie postérieure de l'arc qui avait lieu, et imprime aux fesses un mouvement rapide de haut en bas, qui les porte à l'orifice inférieur, et détruit ainsi le double que formait le fœtus.»

Ce que l'art vient d'opérer, dans la présentation des bras, la nature l'accomplit dans l'évolution spontanée. Les phénomènes sont les mêmes dans les deux cas : abaissement de la poitrine dans l'excavation; courbure du tronc, ainsi que Denman l'a noté dans sa deuxième observation; passage des fesses dans la cavité du tronc, sans retrait du bras sorti, et présentation de ces mêmes fesses au détroit périnéal. La différence qui existe ne se rencontre que dans les causes d'expulsion. Dans l'évolution, c'est la matrice qui agit sur toute la surface du fœtus, qui le presse de haut en bas, fait engager les fesses dans l'excavation, et les pousse au-dehors. Dans l'autre état, ce sont les efforts de l'accoucheur, qui, au moyen du bras, abaissent la poitrine, courbent le tronc, attirent les fesses dans la cavité du sacrum. Briot de Besançon avait, depuis 1804, fait entrevoir les rapports qui devaient exister entre ces deux espèces d'accouchemens. L'observation a justifié cette prévision.

Si nous nous sommes arrêtés si longuement sur le mécanisme de l'évolution, c'est que le succès de notre conduite, au milieu de circonstances si graves, tient aux connaissances exactes que nous avons sur la marche de la nature. M.me Lachapelle dit, à la suite de l'observation que nous allons rapporter, que ses efforts n'avaient fait que s'opposer

à la tendance naturelle, en attirant vers l'extérieur, les pieds du fœtus, tandis que l'abdomen et les hanches devaient s'enfoncer auparavant dans l'excavation. Aussi, le membre inférieur céda-t-il à ses tractions; le genou s'alongea et les apophyses se détachèrent du tibia et du fémur. Aussi, le travail fût-il plus long et plus fatiguant! Des faits semblables se sont passés entre les mains d'hommes habiles. Monteggia, dans un cas de cette nature, tira un peu en bas dans le vagin le pied de l'enfant, sans pouvoir l'extraire. Quand il fut fatigué, des confrères le remplacèrent, mais on aurait plutôt arraché la jambe. Enfin, on se décida à faire sortir l'autre bras et à tirer sur les deux en même temps. Tandis que les bras étaient tirés avec force en avant et vers le pubis, les fesses parurent et sortirent avec violence, en dessous, c'est-à-dire le long de la partie postérieure du vagin; de cette manière, le fœtus sortit tout d'un coup jusqu'à sa tête, et on en termina aisément l'extraction. La connaissance du mécanisme de l'évolution spontanée nous explique cette différence de résultats entre les manœuvres. Dans l'une, on n'a fait que s'opposer à l'évolution, tandis que dans l'autre on l'a favorisée et accélérée, en agissant sur le fœtus suivant la direction que les douleurs lui auraient imprimée si elles avaient existé. Les tractions exercées sur les deux bras ont tenu lieu des douleurs utérines, et ont opéré seules l'accouchement. A côté de ces réflexions, nous allons placer l'observation de M.me La Chapelle, pour mieux en faire ressortir la justesse.

Le 29 mars 1820, à dix heures du soir, on apporta à l'hospice la nommée Lam., âgée d'environ 23 ans, maigre mais bien constituée, et déjà mère d'un enfant vivant.

Cette femme était arrivée au terme de sa grossesse; elle souffrait depuis trois jours, et il y avait environ quinze heures que le bras droit du fœtus était sorti de la vulve. Dans l'après-midi de ce même jour, deux accoucheurs avaient fait pour la délivrer des tentatives réitérées, et

tout ce que nous en pûmes savoir de plus exact, c'est qu'en dernier lieu on s'était efforcé de faire rentrer le bras de l'enfant.

A son arrivée, la malade, accablée de fatigue et de douleurs, était pâle, abattue; le pouls était fébrile, mais très-faible, la soif vive, les lèvres sèches et noirâtres, la peau aride et les extrémités froides. Le bras sorti était livide, excorié en plusieurs endroits, et tuméfié au point de surpasser un volume triple de celui qu'il a d'ordinaire. L'épaule était engagée dans le vagin, et le thorax remplissait l'excavation de manière à empêcher le passage de la main et même du doigt pour l'exploration. Il n'était pas difficile de sentir le scapulum derrière la symphyse des pubis, la clavicule sur le coccyx, et l'acromion vers l'ischion gauche.

L'utérus, fortement resserré, avait tellement enfoncé toutes ces parties, que non-seulement on ne pouvait les repousser au-dessus du détroit supérieur, mais même que tout passage était impraticable, à la main droite comme à la gauche, pour aller à la recherche des pieds. Cependant, à force de recherches, je parvins à glisser la main gauche entre le thorax du fœtus et le bassin de la mère, et je sentis les pieds sans pouvoir les saisir. La route que je venais de frayer servit ensuite à la main droite, qui put saisir un pied et l'amener au-dehors, avec beaucoup de peine, il est vrai: c'était le pied gauche; il fut retenu à la vulve.

Dès ce moment, tous mes efforts furent inutiles; vingt fois peut-être j'introduisis l'une ou l'autre main; mais bientôt, engourdies, écrasées par l'utérus entre le fœtus et le détroit supérieur, elles perdaient toutes leurs forces, et le membre inférieur droit leur échappait. Le crochet mousse ne me réussit pas mieux; il était trop difficile de le diriger convenablement, tant à cause de l'embarras des passages, que de la confusion des membres du fœtus. En effet, la tête était au-dessus du thorax, et touchait les hanches, embarrassée encore dans les inflexions du membre inférieur.

N'obtenant rien de toutes ces manœuvres, je pris le parti de tirer sur le pied que j'avais amené d'abord; mais, altéré par la putréfaction, le membre inférieur céda à mes tractions, le genou s'alongea, et les épiphyses se détachèrent du tibia et du fémur. Au milieu de tous ces efforts, la femme, quoique fort courageuse, s'affaiblissait sensiblement, et je jugeai nécessaire de lui accorder un repos qu'elle sollicitait avec ardeur. Ce travail pénible avait duré depuis onze heures du soir jusqu'à une heure du matin; j'étais moi-même excédé, et j'avais besoin de réparer mes forces.

En conséquence, la malade fut replacée dans un lit commode, réchauffée et ranimée, au moyen de quelques toniques. (Vin, sirop d'œillets, tilleul, etc.)

Pendant les trois heures suivantes, elle ressentit quelques douleurs utérines rares et passagères. Vers quatre heures du matin, elle s'écria tout-à-coup que quelque chose venait de sortir : on accourut et l'on trouva, entre les cuisses, l'enfant sorti presque en totalité; *la tête seule et le bras gauche étaient encore engagés;* mais rien n'égale la facilité avec laquelle ils furent extraits : le placenta sortit en même temps, le tout avec dégagement de gaz d'une odeur infecte. L'enfant était d'un volume au-dessus du médiocre (six livres et demie environ); toutes ses parties étaient mollasses et flexibles.

Après avoir rapporté tout ce que l'observation a révélé aux hommes de l'art sur le mécanisme de l'évolution de la première espèce, il me reste à exposer quelles sont les positions les plus favorables du fœtus, pour qu'on soit en droit d'attendre avec confiance la ressource de l'évolution, et d'agir lorsque les autres méthodes ont échoué.

(*La seconde partie à un prochain Numéro.*)

Notes sur quelques maladies de l'œsophage ; par J. T. MONDIÈRE, *médecin à Loudun.* (*Vienne.*)

Lorsque, par une circonstance particulière, nos recherches furent dirigées vers les affections de l'œsophage, nous ne négligeâmes aucun moyen pour approfondir notre sujet, et nous fîmes, dans une suite de mémoires, l'histoire assez étendue de quelques points de la pathologie de cet organe. Nous espérions ainsi faire successivement connaître les diverses maladies qui peuvent affecter le tube pharyngo-œsophagien, et, depuis l'année 1828, nous n'avons pas cessé, dans ce but, de rechercher et de nous procurer les ouvrages qui pouvaient augmenter les matériaux qui nous étaient nécessaires. Mais aujourd'hui, éloigné de la capitale, et ne pouvant plus aussi aisément (1) connaître tout ce qui se publie en France et surtout à l'étranger, nous nous voyons forcés d'abandonner notre projet. Cependant, comme nous sommes arrivés à la connaissance de quelques faits intéressans, nous croyons devoir, avant d'abandonner notre travail, publier, dans cette notice, ce que nos recherches nous ont appris de plus important, persuadés que les observations que nous avons rassemblées et les réflexions qu'elles nous ont fait naître ne seront pas inutiles à ceux qui, plus riches de faits, voudront par la suite traiter le même sujet. Que l'on ne s'attende donc pas à trouver ici une histoire complète des di-

(1) Qu'il nous soit permis de témoigner ici toute notre gratitude à notre savant et modeste ami M. Dezeimeris, dont les connaissances étendues en littérature médicale nous ont été si utiles, et qui, pendant plusieurs années, a bien voulu nous faire profiter des avantages que lui offre la place qu'il occupe à la Faculté de Médecine de Paris. C'est à lui que nous devons d'avoir pu prendre connaissance d'un grand nombre d'ouvrages qui ne se trouvent qu'à la Bibliothèque dont il est un des conservateurs.

verses maladies de l'œsophage, dont nous n'avons pas encore parlé, mais seulement de simples matériaux pour une œuvre plus parfaite.

Vices de conformation. — L'étude des vices de conformation de l'œsophage doit nous intéresser sous le double rapport de la physiologie et de l'anatomie. Considérées physiologiquement, ces déviations de l'ordre normal peuvent servir à éclairer une question long-temps débattue, et point encore nettement tranchée aujourd'hui, à savoir : si le fœtus se nourrit uniquement par les vaisseaux ombilicaux, ou si la déglutition des eaux de l'amnios contribue à son accroissement. Envisagées sous le rapport anatomique, ces monstruosités pourront peut-être jeter quelque jour sur un point obscur d'embryologie, à savoir : comment se forme la portion sus-diaphragmatique du canal intestinal, et si elle est indépendante de sa portion sous-diaphragmatique. Relatons d'abord les faits, et nous essayerons ensuite d'en tirer quelques conséquences.

Les vices de conformation de l'œsophage, constatés jusqu'à présent par les recherches anatomiques, sont : 1.° une absence complète ; 2.° un arrêt de développement qui porte toujours sur sa portion inférieure ; 3.° sa séparation en deux cavités par un diaphragme horizontal ; 4.° sa division en deux branches ; 5.° sa naissance de la trachée-artère ; 6.° Enfin, sa séparation en deux portions distinctes, mais réunies par un cordon mince et solide.

1.° *Absence complète.* — Le plus ordinairement, alors que l'œsophage manque, le pharynx existe et se termine en cul de sac. Un enfant du sexe masculin, robuste et extérieurement bien conformé, éprouvait des symptômes de suffocation toutes les fois qu'on essayait de lui faire avaler une petite cuillerée d'eau sucrée. Il vécut huit jours, et mourut de faim. Pendant ces huit jours, la défécation ainsi que l'excrétion de l'urine ont été régulières, quoique peu abondantes. A l'ouverture du cadavre, on fut frappé du volume

excessif du foie, lequel recouvrait, jusqu'au-dessous du nombril, tous les viscères abdominaux, lesquels étaient d'ailleurs bien conformés; la vésicule biliaire était pleine de bile. L'estomac n'avait pas d'orifice supérieur, et il adhérait à cet endroit par du tissu cellulaire au diaphragme. L'œsophage manquait absolument, et le pharynx se terminait en cul-de-sac, sans présenter d'autres difformités (1).

Nous avons rassemblé un assez grand nombre de cas semblables : dans tous le pharynx se terminait en cul-de-sac, et l'estomac, privé d'orifice cardiaque, adhérait au diaphragme par des bandes de tissu cellulaire plus ou moins serrées.

Dans un cas observé par le docteur Lozach (2), il y avait absence du pharynx, de l'œsophage et des voies aériennes.

2.° *Arrêt de développement.* — Dans les cas de cette espèce, la partie de l'œsophage existe; mais ce canal se termine par un cul-de-sac plus ou moins rapproché de l'estomac. Brodie (3) l'a vu se terminer ainsi à la partie inférieure de la poitrine : l'estomac n'avait point d'orifice cardiaque. Dans un cas rapporté par Guillaume Durston (4), ce canal descendait jusqu'à un demi-pouce au-dessus du diaphragme, et se terminait là.

3.° *Séparation par une cloison horizontale.* — Le professeur Rossi (5) a vu, chez un enfant, un diaphragme qui fermait complètement l'œsophage au-dessus du cardia; l'enfant avait rendu, à plusieurs reprises, du méconium; mais il vomissait tout ce qu'on lui faisait avaler : il mourut le

(1) *Bibliothèque médicale*, T. LXXIV, p. 245; et *Journal complémentaire*, T. VIII, p. 369. Ext. du *Journal d'Hufeland*, août 1820.
(2) *Journal universel*. T. III, p. 187.
(3) *Bibliothèque médicale*. T. XXX, p. 381.
(4) *Collection académique*. Part. étrang. T. II, p. 288.
(5) *Archives de Médecine*. T. XV, p. 279.

troisième jour. Tenon (1) a observé un cas à-peu-près semblable : seulement la cloison existait à la partie supérieure du canal. Cette cloison peut être incomplète, et présenter à son centre une ouverture plus ou moins grande. Baillie (2) a vu cette disposition.

4.° *Division en deux branches.* — Blasius (3) a rencontré un œsophage qui, simple d'abord, se divisait ensuite, à la partie supérieure de la poitrine, en deux branches, qui, après avoir formé un anneau, se réunissaient en une seule qui s'ouvrait à l'ordinaire dans l'estomac. Nous n'avons point actuellement sous les yeux l'ouvrage où ce fait curieux est consigné, et nous n'en parlons que d'après une courte note que nous avons prise il y a plusieurs années.

5.° *Naissance de la trachée-artère.* — Nous connaissons deux cas de cette espèce, et nous croyons devoir les rapporter.

Un enfant nouveau-né rejette toute espèce de boisson, et meurt au bout de trente-six heures. Frappé de ce phénomène, M. Martin procède à l'ouverture de son corps. L'estomac est mis à découvert ; on essaie de le remplir d'air au moyen d'une sonde introduite dans le pharynx ; efforts inutiles. La sonde est alors placée dans la trachée-artère ; le souffle y dirige l'air qui pénètre dans l'estomac, et cet organe se gonfle en même temps que les poumons. Une dissection soignée est alors mise en œuvre. On cherche vainement l'œsophage, il n'existe pas, et il est remplacé par un cul-de-sac long de quelques lignes. Un stylet est porté dans la trachée-artère, et, à la hauteur des deux bronches, il pénètre dans un tuyau membraneux, élastique, du calibre

(1) Fourcroy, *la Médecine éclairée par les sciences physiques.* T. I.er, p. 301.

(2) *Traité d'anatomie pathologique.* Paris, 1803 ; in-8.°, p. 98 ; trad. de Ferrall.

(3) *Observationes medicæ rariores.* Leidæ, 1674 ; in-8.°

d'une petite plume, qui va se rendre à l'estomac. Les deux tuyaux bronchiques sont d'ailleurs libres dans toute leur étendue (1).

Quelques années plus tard, le docteur Houston publia un fait tout semblable (2); le voici : Un nouveau-né, en apparence bien portant, rejetait, par la toux, tout ce qu'on lui faisait prendre. On soupçonna un vice de conformation; une sonde fut introduite et s'arrêta vers le pharynx. L'enfant mourut le lendemain.

Autopsie. — La bouche, la langue et le gosier étaient bien conformés. Le pharynx était plus ample que d'habitude, et se terminait, après un court trajet, en cul-de-sac sans ouverture, et n'ayant aucune communication avec l'œsophage. Le larynx et ses muscles étaient dans un état normal. La trachée-artère, en avant et sur les côtés, était complète; mais la paroi postérieure présentait une large ouverture, d'où naissait l'œsophage, et qui paraissait assez unie et assez oblique pour rendre le passage du larynx, dans ce tube, aussi direct et aussi aisé que pour la trachée. Les autres organes étaient bien conformés, et les intestins contenaient du méconium.

6.° *Sa séparation en deux portions distinctes, mais réunies par un faisceau fibreux.* — Nous ne connaissons qu'un cas de cette espèce relaté par M. Pagenstecher (3). Un enfant du sexe féminin, fort et bien conformé à l'extérieur, présenta, dès l'instant de sa naissance, un bruit particulier dans la gorge, avec une expulsion continuelle de mucus épais et tenace par les narines. On s'aperçut bientôt qu'il ne pouvait avaler, car les liquides qu'on lui donnait refluaient par le nez, après quelques efforts, quoiqu'il les

(1) *Exposé des travaux de la Société royale de Médecine de Marseille.* 1821. In-8.°, p. 44.

(2) *Dublin Hospital reports and communications.* Londres, 1830. T. V, p. 311.

(3) *Journal universel.* T. LIX, p. 103.

prît avec avidité, ainsi que le sein de sa mère. Dès la première nuit de son existence, il rendit une grande quantité d'urine et de méconium, et ces excrétions continuèrent à s'opérer régulièrement pendant toute la durée de sa vie. Pensant que la possibilité d'avaler pouvait tenir à quelque obstacle existant dans l'œsophage, on introduisit une sonde, et on s'assura que ce conduit était imperforé. Cet enfant succomba cinq jours après sa naissance. — *Autopsie.* Tous les viscères thoraciques et abdominaux en bon état, à l'exception de l'œsophage et de l'estomac. Le premier se terminait en cul-de-sac au niveau de la seconde vertèbre dorsale, et dans un espace de sept à huit lignes au-dessous de ce point, le canal était remplacé par un cordon cellulo-fibreux; la partie située au-dessous redevenait normale. Quant à l'estomac, son grand cul-de-sac manquait totalement, et était remplacé par une large ouverture arrondie dont les bords solides étaient circonscrits par des bandes musculeuses régulièrement disposées, et n'offraient aucune trace d'ulcération ni de ramollissement.

M. Vancruyck (1), chirurgien à Bruxelles, a vu un cas qui a trop de rapport avec le précédent pour que nous n'en fassions pas mention ici. Il s'agit d'un enfant né à terme et bien portant, qui ne pouvait avaler. La première fois qu'il téta, il fut pris de convulsions; sa face devint bleuâtre, et le lait fut rendu par la bouche et les narines. Il mourut le troisième jour. L'extrémité inférieure de l'œsophage était convertie en un cordon ligamenteux dans l'étendue de deux pouces. Le cardia formait un cul-de-sac. Le reste du tube digestif était dans l'état naturel.

Des faits qui précèdent, on peut, ce nous semble, tirer les conséquences suivantes : 1.° les vices de conformation de l'œsophage dans lesquels ce conduit est complètement

(1) *Bulletins de la Société méd. d'Emulation de Paris*, an. 1824, p. 251.

oblitéré, et mieux encore son absence totale, prouvent que la déglutition des eaux de l'amnios ne sert point à la nutrition du fœtus, ou au moins qu'elle n'est ni indispensable ni la seule voie par laquelle l'enfant se nourrit; 2.° le méconium n'est pas uniquement au moins le résidu des eaux de l'amnios élaborées par l'estomac, puisqu'on en a trouvées dans les intestins alors que l'orifice cardiaque était terminé en cul de-sac et l'œsophage oblitéré; 3.° tout porte à croire que la portion sus-diaphragmatique du canal intestinal, sur la formation de laquelle l'embryologie a jeté peu de lumière encore, se forme indépendamment de la portion sous-diaphragmatique, et de la bouche vers l'estomac. C'est ce qui nous semble ressortir de ces vices de conformation de l'œsophage, dans lesquels ce canal, formé supérieurement, s'est arrêté dans son développement avant d'être arrivé jusqu'à l'estomac, qui alors est constamment dépourvu d'orifice cardiaque. Jamais en effet, à notre connaissance du moins, on n'a vu ce conduit être formé dans sa portion correspondante de l'estomac, et manquer supérieurement.

En terminant, nous ferons remarquer la grande analogie qui existe entre les vices de conformation de l'œsophage et ceux qui affectent le rectum.

Plaies. — Rarement simples, et presque toujours au contraire compliquées de la lésion d'un organe plus ou moins important, les plaies de l'œsophage peuvent avoir lieu sur tous les points de ce canal, depuis le pharynx jusqu'à l'estomac. Elles sont ou longitudinales, ou transversales, et peuvent alors intéresser une portion plus ou moins grande ou la totalité du calibre de l'organe. Faites quelquefois par la pointe d'un instrument acéré, elles présentent un diamètre très-petit et à-peu-près égal dans tous les sens; enfin, résultant le plus ordinairement de l'action d'un corps qui a agi de dehors en dedans, on les a vues cependant, dans quelques cas, être produites de dedans en dehors.

Parlons d'abord de ces dernières. L'observation la plus

curieuse en ce genre est celle qui a été consignée dans le *Journal universel* (1). Il s'agit d'un officier supérieur qui, en faisant des armes, reçut un coup de fleuret qui pénétra dans la bouche, déchira le pilier du voile du palais, et heurta violemment la partie moyenne de l'œsophage. Il survint des accidens terribles avec menace de suffocation, délire, et ce ne fut que par des saignées locales et générales très-abondantes que l'on parvint à soustraire le malade aux dangers qui le menaçaient. Wilmer (2) rapporte un cas à-peu-près semblable, mais dont le résultat fut moins favorable. Il se forma un abcès entre l'œsophage et les parties molles qui l'entourent ; le pus s'écoula d'abord par le pharynx, mais plus tard il se forma à l'extérieur une petite tumeur qui, devenue fluctuante, fut ouverte par le caustique, et donna issue à quatre onces de matière purulente des plus fétides. A la chute de l'escarre tout le tissu cellulaire parut gangréné, l'artère carotide était à nu, et les muscles paraissaient comme disséqués. Cette ouverture communiquait bien évidemment avec l'œsophage, puisqu'elle donnait passage à des substances alimentaires. Bientôt la suppuration augmenta, la fièvre hectique se manifesta, et le malade périt dans le marasme.

Le danger de ces plaies contuses résulte du gonflement inflammatoire qui survient dans la partie de l'œsophage qui a été frappée ; gonflement qui, non-seulement empêche la déglutition, mais encore gêne plus ou moins la respiration et peut entraîner la formation d'un abcès qui, en raison de sa position profonde, a déjà donné lieu à une désorganisation étendue, lorsqu'il devient apparent à l'extérieur. Ici l'indication est précise et pressante : Il faut, au moyen d'un traitement antiphlogistique énergique, chercher à prévenir ou à abattre l'inflammation locale, et la

(1) Tome XVII, p. 338.
(2) *Cases and Remarks in surgery*. Londres, 1799. In-8.°, p. 86.

première observation que nous avons citée en démontre suffisamment tous les avantages.

Les plaies longitudinales, beaucoup moins fréquentes que les transversales, sont aussi moins dangereuses. Nous n'en connaissons pas d'autres exemples que ceux assez nombreux, fournis par l'opération de l'œsophagotomie, pratiquée soit sur l'homme, soit sur les animaux. Guattani (1), qui a fait quelques expériences sur des chiens, a constaté plusieurs fois que ces plaies n'offraient rien de dangereux, et il lui a constamment suffi de rapprocher simplement les lèvres de la solution de continuité pour obtenir une guérison complète du cinquième au huitième jour. Dès le lendemain de l'opération, ces animaux pouvaient avaler du lait, et au bout de deux à trois jours manger de la soupe. Roland et Goursaud ont obtenu pareil succès sur l'homme. Ce dernier rapporte (2) qu'il fut appelé pour secourir un individu qui avait avalé un os d'un pouce de long sur six de large. Il fit plusieurs tentatives pour précipiter ce corps étranger dans l'estomac; mais n'ayant pu réussir, et l'os se faisant sentir sous le doigt du côté gauche, il se détermina à faire une incision sur l'endroit où était le corps étranger pour l'extraire. L'incision étant pratiquée, l'os fut tiré facilement : il n'y eut aucun accident, et un simple bandage unissant procura une prompte guérison. Pendant six jours, le malade ne prit aucun aliment.

Les faits qui précèdent, et auxquels il nous serait facile d'en joindre d'autres, suffisent pour démontrer avec quelle promptitude on peut obtenir, par le simple rapprochement de leurs bords, la guérison des plaies longitudinales de l'œsophage. Cependant M. Jobert (3) pense qu'il est tou-

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*. In-4.° T. III, p. 351.
(2) *Mém. de l'Acad. de chir.* In-4.° T. III, hist., p. 14.
(3) Boulin, *G. Diss. inaug. sur les plaies de l'œsophage*. Paris, 1828, N.° 146, p. 22.

jours préférable de pratiquer quelques points de suture. Nous ne croyons pas que ce précepte soit adopté ; car ceux qui, dans une première opération, ont fait des points de suture, y ont renoncé plus tard, et ont vu la guérison en être plus prompte. Ainsi, M. Félix (1), artiste vétérinaire de l'arrondissement de Bergerac, a pratiqué l'œsophagotomie sur une vache, pour extraire une pomme de terre qui était arrêtée dans l'œsophage. Il fit deux points de suture, et vingt jours après, l'animal était guéri. Depuis (2), ce vétérinaire a pratiqué la même opération, mais sans faire de points de suture : huit jours après, l'animal fut rendu à ses travaux. Berlinghieri (3), dans son mémoire sur l'œsophagotomie, rejette aussi, comme au moins inutiles, les points de suture, et se contente de maintenir le cou étendu et d'appliquer un emplâtre agglutinatif sur la plaie extérieure.

Les plaies, par instrument piquant, peuvent avoir pour siége la portion de l'œsophage située le long du cou, ou celle renfermée dans la poitrine ; et alors la gravité de cet accident résulte bien moins de la solution de continuité du conduit lui-même, que de la lésion des organes que l'instrument doit traverser avant de l'atteindre. M. Fine (4), chirurgien de Genève, rapporte l'observation d'une plaie de la portion cervicale de l'œsophage, produite par la lame d'un canif qu'un aliéné s'enfonça dans le larynx, et qui, portant cet instrument dans toutes les directions, fit à l'œsophage une ouverture dont la forme ressemblait à celle d'une larme renversée et qui pouvait avoir quatre lignes de largeur et six de longueur. Un mois après, la guérison était

---

(1) *Nouvelle Bibliothèque médicale*, partie vétérinaire. T. II, p. 516.

(2) *Loc. cit.* T. III, p. 204.

(3) *Della esofagatomia e di un nuovo metodo di eseguirla.* Pise, 1820. In-8.°

(4) *Ancien Journal.* T. LXXXIII, p. 64.

complète, et déjà, depuis quinze jours, les liquides passaient en partie dans l'estomac.

Les plaies qui intéressent l'œsophage dans sa portion pectorale, sont beaucoup plus graves, et sur cinq observations que nous avons rassemblées, la guérison n'a eu lieu qu'une seule fois. Voici une analyse de ce fait intéressant : Un homme âgé de 24 ans, d'un tempérament robuste, reçut, à la partie antérieure et supérieure droite de la poitrine, un coup de baïonnette. On ne remarqua d'abord que les accidens inséparables de toute plaie pénétrante du thorax, et on les combattit par plusieurs saignées. Mais le troisième jour, l'appareil étant levé, il s'écoula une grande quantité de liquide très-rouge, mais moins consistant que du sang. Cette évacuation rendit la respiration plus facile. Le soir, écoulement aussi abondant; même soulagement. Ce phénomène se continua pendant plusieurs jours; mais comme le liquide qui s'écoulait était très abondant, que sa teinte devenait de jour en jour moins foncée, et que même il cessa d'être coloré, on reconnut qu'il était fourni par les boissons qui, au lieu de descendre dans l'estomac, tombaient dans la cavité thoracique droite, en passant par une plaie faite à la partie moyenne de la portion pectorale de l'œsophage. Pour en acquérir une certitude complète, on administra au malade des potions huileuses et des boissons mucilagineuses diversement colorées, et on vit que toutes ces substances venaient mouiller les compresses sans être dénaturées. M. Payen, chirurgien d'Orléans, qui a communiqué ce fait à M. Boyer, agita la question de savoir, s'il convenait mieux d'introduire une grosse sonde dans l'œsophage, ou de priver le malade de boissons pendant plusieurs jours, et d'une manière absolue. Il préféra ce dernier moyen comme le plus simple et le moins incommode. Au bout de quatre jours, vaincu par les instances du malade, M. Payen lui permit d'avaler quelques cuillerées de boisson. Le liquide fourni par la plaie n'en devint pas plus abondant; bientôt cet écoulement ne

fut que purulent, et le malade put prendre des alimens solides.

Lorsque l'écoulement des liquides que boit le malade a lieu par la plaie extérieure, on ne peut conserver aucun doute sur la lésion de l'œsophage; mais cet écoulement est loin d'être constant. Eh bien! dans l'absence de ce symptôme, en existe-t-il à l'aide desquels on puisse reconnaître que l'œsophage est intéressé, dans une plaie pénétrante de poitrine? L'observation n'a point encore positivement répondu à cette question. Cependant, nous appuyant sur plusieurs faits, nous croyons qu'on devra soupçonner cette complication, dans les cas où on observera une soif violente, et surtout un hoquet continuel. Ce symptôme n'a point, il est vrai, été observé par M. Payen, du moins il n'en est pas fait mention; mais il a été noté, dans un cas rapporté par le docteur Etienne (1), par Jacobus Bontius, d'après Latour (2), sur un soldat dont parle ce dernier auteur (3); enfin, par Heister (4); ce qui vient appuyer l'opinion que nous avons émise dans un de nos précédens mémoires, savoir, que le hoquet reconnaît souvent pour cause une irritation de l'œsophage.

Maintenant, quand on aura reconnu, ou que l'on soupçonnera, dans une plaie de poitrine, la complication dont nous parlons, faudra-t-il se borner à priver le malade de toute boisson, ou bien introduire une sonde œsophagienne? Malgré le succès qu'a obtenu M. Payen dans le cas que nous avons rapporté plus haut, nous aurions recours de préférence à l'emploi de la sonde, parce qu'il nous semble

---

(1) *Considérations générales sur les causes qui gênent ou empêchent la déglutition.* Thèse. Paris, 1806; in-4.°, N.° 14, p. 8.

(2) *Histoire des hémorrhagies.* Orléans; 2 vol. in-8.°, 1828. T. I.er, p. 64.

(3) *Loc. cit.* T. I.er, p. 82.

(4) *Institutions de chirurgie.* Paris, 1771. 4 vol. in-8.°, fig. T. I.er, p. 244.

difficile d'admettre, et le malade du chirurgien d'Orléans en est une preuve, que des personnes, affaiblies déjà par les saignées que nécessitent presque toujours les plaies de poitrine, ou en proie à une fièvre souvent intense, puissent, pendant le temps nécessaire pour obtenir une consolidation parfaite, supporter le besoin pressant de la soif et de la faim. D'ailleurs, M. Payen, en accordant à son blessé, dès le quatrième jour, la permission de prendre un peu de boisson, s'exposait à voir survenir les mêmes accidens que chez le malade de Bontius, à l'ouverture duquel on trouva la poitrine pleine de sang et de boisson. Nous verrions en outre que le séjour de la sonde, prolongé pendant des mois entiers, n'a eu aucun inconvénient.

Les plaies transversales de l'œsophage s'observent assez fréquemment dans la pratique, et presque toutes sont le résultat de tentatives de suicide. Bornées le plus souvent à une étendue plus ou moins considérable du calibre de ce conduit, elles peuvent aussi en intéresser toute l'épaisseur. A une époque plus rapprochée de nous on considérait toutes ces plaies comme mortelles; et Delamotte (1), qui rapporte une observation dans laquelle l'œsophage était coupé dans les trois-quarts de son épaisseur, se contenta de faire passer des boissons dans l'estomac, au moyen d'un entonnoir introduit par la plaie, persuadé que tout secours était inutile; cependant le malade survécut trois jours. Les annales de la médecine renferment plusieurs faits de cette nature, qui ne peuvent plus se renouveler aujourd'hui.

Dans ces sortes de plaies le diagnostic est toujours facile à établir, car la division des parties situées au-devant de l'œsophage, toujours plus grande que celle de l'œsophage, permet facilement l'écoulement au-dehors des liquides que les malades essayent d'avaler.

---

(1) *Traité complet de chirurgie.* Paris, 1771, 2 vol. in-8.° *Edente* Sabatier. T. I.er, p. 731.

Quelques chirurgiens, parmi lesquels nous citerons Benjamin Bell (1), ont regardé comme indispensable de pratiquer plusieurs points de suture dans ces plaies transversales, et même d'agrandir la plaie extérieure pour en rendre l'application plus facile. Ce précepte n'a point été généralement suivi. Nous dirons même que dans les observations qui sont venues à notre connaissance, on a eu seulement recours à la position, et quelquefois à deux ou trois points de suture pratiqués sur les tégumens et non sur l'œsophage. Ainsi, dans un cas de suicide dont parle Garengeot (2), une plaie faite avec un rasoir existait à la partie antérieure du cou, et intéressait la trachée-artère et les trois-quarts de la circonférence de la partie supérieure de l'œsophage. Tout ce que le malade prenait ressortait par la plaie, entre les lèvres de laquelle on introduisit un entonnoir pour donner un bouillon au malade. Trois points de suture furent seulement pratiqués aux tégumens, et le malade guérit parfaitement. Dans des circonstances semblables, un chirurgien nommé Martin (3), et Garibaldi (4), obtinrent par la position seule, l'un dans un mois et l'autre dans six semaines, une cure complète. J. Bohnius (5) rapporte une observation semblable. Nous avons vu le même résultat obtenu par M. Dupuytren, en 1826, sur un cordonnier qui s'était coupé la gorge avec son tranchet. La tête, fléchie sur la poitrine, fut maintenue dans cette position par un bandage approprié, et en moins d'un mois la guérison fut achevée. Pelletan (6), chargé du traitement

(1) *A System of surgery*. Edimbourg, 1801; 7 vol. in-8.°, fig. T. V, p. 176.

(2) *Traité des Opérations de chirurgie*. Paris, 1748; 3 vol. in-12, fig. T. II, p. 456.

(3) *Ancien Journal*. T. XXI, p. 148.

(4) *Bibliothèque médicale*. T. XXXIII, p. 277.

(5) *De renunciatione vulnerum, seu vulnerum lethalium examen* Lipsiæ, 1755. In-8.°, p. 242.

(6) *Clinique chirurgicale*. Paris, 1810; 3 vol. in-8.°, fig. T. I.er, p. 33.

d'un homme qui, voulant se suicider, s'était coupé la trachée-artère et la presque totalité de l'épaisseur de l'œsophage, obtint en deux mois la cicatrisation de cette plaie. Pendant trois mois le malade fut nourri au moyen de la sonde, et on était parvenu à en introduire une qui laissait facilement passer de la semouille, du vermicelle et de la viande hachée; et, chose surprenante, le malade fut nourri ainsi avec un tel succès, qu'il engraissa outre mesure dans l'espace de trois mois, à la manière des volailles que l'on empâte. On voit que, bien que la plaie fût complètement cicatrisée au deuxième mois, ce ne fut qu'après le troisième, que l'ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris cessa de nourrir son malade au moyen de la sonde; voulant laisser par là à la cicatrice le temps de se consolider. Cette précaution ne doit point être négligée, car le malade dont nous avons parlé plus haut, d'après Martin, ayant, au bout d'un mois, mangé avec excès des alimens solides, sa plaie se rouvrit et donna de nouveau passage aux matières alimentaires. Cependant trois semaines après cette imprudence, et en suivant le même traitement, on obtint une guérison solide.

Dans ces derniers temps, M. Jobert (1), tout en admettant la possibilité de guérir les plaies transversales de l'œsophage, en les abandonnant à elles-mêmes, et n'ayant recours qu'à la position seule, pense cependant que la guérison se fait long-temps attendre, et qu'il faut de préférence avoir recours à la suture. Il s'est assuré, en expérimentant sur des animaux, que, par ce dernier moyen, on obtenait une guérison rapide et une cicatrisation immédiate en deux jours. Ce résultat, comparé à celui obtenu dans les cas où la position seule a été mise en usage, devrait faire donner la préférence à la suture. Mais nous regrettons que MM. Jobert et Boulin n'aient décrit aucune de leurs

(1) Boulin. *Loc. cit.*, p. 22.

expériences, et se soient bornés à en exposer les résultats. Il serait important de savoir, par exemple, si, en expérimentant, ces médecins ont fait seulement la section de l'œsophage, mis préalablement à découvert, ou si, comme cela arrive toujours dans les cas qu'offre la pratique, la plaie intéressait en même temps la trachée-artère et un certain nombre de muscles. Peut-être dans ce cas la conduite à tenir devrait-elle être différente. C'est à l'expérience à prononcer.

Pour pratiquer la suture de l'œsophage, M. Jobert se sert d'aiguilles ordinaires et de fils arrondis et cirés. Il traverse complètement ou incomplètement les parois de l'œsophage, en les renversant de dehors en dedans, de manière à mettre partout en contact la membrane cellulaire qui doit exhaler une membrane de nouvelle formation qui servira à la cicatrisation. Il faut rapprocher assez l'un de l'autre chaque point de suture, pour qu'il n'y ait aucun intervalle, et que partout les bords de la plaie soient adossés; sans cela, s'il existait un intervalle trop grand, les liquides le traverseraient. Il faut encore avoir soin de serrer fortement, de manière à couper à l'instant toutes les parties, à l'exception de la membrane cellulaire qui résiste toujours à la constriction. Sans cette précaution, la chute des fils se ferait long-temps attendre, et il pourrait quelquefois arriver que chaque partie fût coupée lentement sans qu'il y eût de cicatrisation.

Quant aux plaies qui intéressent toute l'épaisseur de l'œsophage, elles ont été, de tous temps, considérées comme essentiellement mortelles, et les expériences de M. Jobert (1) n'ont fait que confirmer depuis ce fâcheux pronostic. Cependant ce jeune chirurgien a vu, à l'ouverture d'un chien sur lequel il avait expérimenté et qui mourut d'inanition, les bouts de l'œsophage recouverts d'une

(1) Boulin. *Loc. cit.*, p. 20.

membrane organisée. Sur la partie postérieure de la trachée-artère et sur la face antérieure des muscles de la colonne vertébrale, il trouva une autre membrane lisse qui formait une poche dans laquelle les liquides étaient versés. Elle empêchait l'infiltration dans le tissu cellulaire et les parties environnantes. Cette pièce pathologique ne pourrait-elle pas faire espérer d'obtenir un résultat plus satisfaisant encore ? Ne pourrait-on pas introduire dans l'œsophage une sonde au moyen de laquelle on nourrirait le malade, et peut-être, en même temps que la plaie extérieure et celle de la trachée se cicatriseraient, se formerait-il autour de la sonde une organisation du tissu cellulaire analogue à celle observée par M. Jobert ? Si l'expérience venait à prouver la possibilité de ce résultat, ne serait-il pas permis de croire que la contraction des fibres supérieures de l'œsophage suffirait pour faire traverser aux alimens ce canal de nouvelle formation, qui devra toujours être très-court, puisque l'écartement des deux bouts de l'œsophage est peu considérable, en raison de la gaîne de ce viscère, comme il résulte des expériences tentées par M. Boulin ?

Mais alors même que ce résultat ne pourrait être obtenu, il ne faudrait pas pour cela vouer à la mort les personnes chez lesquelles l'œsophage serait complètement coupé en travers. Dans une observation (1) curieuse, mais beaucoup trop longue pour que nous puissions la relater ici, on est parvenu à sauver le blessé. Il s'agit d'un prisonnier qui se fit avec un rasoir, à la partie antérieure du cou, une plaie large et profonde qui intéressait complètement les voies de la respiration et de la déglutition. Malgré les divers moyens qui furent mis en usage, on ne put obtenir une réunion complète de la plaie, dont les lèvres se cicatrisèrent séparément, et le malade fut nourri pendant le traitement

(1) *The Edinburgh medical and surgical Journal.* 1820, T. XVI, p. 353.

et long-temps après, au moyen d'une sonde qu'on introduisait dans la portion inférieure de l'œsophage, et par laquelle on injectait dans l'estomac des substances alimentaires. Malgré la manière artificielle dont se nourrissait cet homme, il était fort et même gros, et avait toutes les apparences d'une bonne santé. C'est encore de cette manière que se nourrit un soldat dont parle Trioen (1), et qui reçut immédiatement au-dessous du cartilage thyroïde, un coup de fusil, dont la balle détruisit toute la partie supérieure de la trachée-artère et la moitié du diamètre de l'œsophage. Cette plaie avec perte de substance ne put se cicatriser, et il resta une plaie fistuleuse au fond de laquelle on apercevait l'œsophage ouvert, dans lequel ce militaire introduisait un entonnoir pour faire passer dans l'estomac du pain et d'autres alimens solides, divisés en très-petits morceaux, et mêlés avec un liquide.

Tout récemment encore on a publié une observation de fistule résultant de la solution de continuité de l'œsophage, mais dont l'issue fut bien moins heureuse, parce qu'au lieu de s'ouvrir à l'extérieur, elle communiquait avec la trachée-artère. Chez ce malade, dont M. Renaud (2) a lu, à l'Académie des sciences, l'observation si intéressante sous le rapport de la physiologie et de la phonation, et qui s'était coupé la gorge avec un rasoir, il en résulta une fistule trachéo-œsophagienne, directement au-dessous du pharynx. La plaie extérieure guérit, mais il resta une communication entre l'œsophage et la trachée-artère. Les voies aériennes devinrent le siège d'une inflammation chronique produite sans doute par le contact des matières que le malade avalait, et qui se termina bientôt par la mort.

Rupture. — On a publié un assez grand nombre d'obser-

(1) *Observ. medico-chirurgicarum fasciculus.* Lugd.-Bat., 1743; in-4.°

(2) *Journal-général de Médecine*, T. CV, p. 235.

vations sous le titre de *Rupture de l'œsophage;* mais en analysant ces faits avec attention, on reconnaît bientôt que c'est au ramollissement gélatiniforme qu'il faut attribuer toutes les *ruptures spontanées* de ce conduit rapportées par les auteurs. Telles sont, entre autres, les observations de MM. Guersent et Bouillaud. *Voyez* ce que nous avons dit au sujet de ces faits, dans un autre mémoire (1).

Cependant il convient de considérer comme une véritable rupture spontanée de l'œsophage, l'observation si souvent citée du baron Wassenaer. Nous n'ignorons pas que quelques médecins, qui veulent tout rattacher à l'inflammation, prétendent que, dans l'observation rapportée par Boërhaave, l'œsophage était atteint de phlegmasie chronique; mais telle n'est point notre opinion, et nous nous fondons sur les considérations suivantes : 1.° la déchirure était complète, ce qui ne s'est vu dans aucun autre cas; 2.° les recherches les plus exactes ne firent découvrir ni *ulcère*, ni *érosion* dans aucune partie de l'organe; 3.° l'estomac, énormément distendu par un repas copieux que le malade venait de faire, et par l'ingestion toute récente d'une grande quantité de liquide, devait tirailler et tendre l'œsophage; 4.° enfin, il y eut des efforts considérables de vomissement, déterminés par la réplétion de l'estomac et par une dose d'émétique que le malade avait prise. Au reste, voici une analyse exacte de ce fait intéressant :

Le baron Wassenaer, d'une excellente constitution, mais sujet à la goutte, avait contracté l'habitude de se faire vomir, pour se débarrasser d'un poids incommode qu'il sentait à l'orifice supérieur de l'estomac, toutes les fois qu'il avait fait quelque excès de table, ce qui lui arrivait assez souvent. Un soir, quelques heures après un diner copieux, comme la dose ordinaire de son émétique tardait un peu trop à produire le vomissement, il l'excita en

(1) *Archives gén. de Médecine*. T. XXIV, p. 559.

buvant une infusion de chardon-bénit, et en faisant des efforts extraordinaires. Tout-à-coup il éprouve une douleur atroce, et se plaint d'avoir senti quelque chose se rompre vers la partie supérieure de l'estomac : il crie, se roule par terre, et présente une sueur froide, un pouls petit et une pâleur extrême du visage. Mis sur son lit, il ne peut y rester que debout, soutenu par trois hommes, et fortement courbé en avant. Tout ce qu'il but dans cet état aggrava encore les accidens. Tout ce que Boërhaave et un autre médecin purent ordonner fut inutile; le pouls s'affaiblit sans cesser d'être régulier, la respiration devint de plus en plus laborieuse et prompte, et le malade périt après dix-huit heures environ de souffrances inexprimables. — *Autopsie.* Péritoine, intestins et estomac distendus par une grande quantité de gaz. Ce dernier organe ne contenait qu'une très-petite portion des liquides que le malade avait avalés : tous les viscères abdominaux, et même le diaphragme, étaient dans l'état naturel. La cavité de la poitrine contenait une grande quantité de gaz; les poumons affaissés et décolorés nageaient dans une liqueur semblable à celle trouvée dans l'estomac; dans la cavité gauche on voyait, à trois travers de doigt du diaphragme, une sorte de tumeur de trois pouces de diamètre, formée par un tissu cellulaire lâche et comme soufflé, et présentant une ouverture. Dans l'intérieur de ce renflement l'œsophage était divisé en totalité transversalement, et ses deux bouts rétractés vers leurs attaches respectives. Les recherches les plus exactes ne firent découvrir ni ulcère ni érosion dans aucune partie de cet organe.

(*La suite au Numéro prochain.*)

Recherches thérapeutiques sur l'emploi de l'huile de croton-tiglium (1); *par M.* Joret, *D. M.*

L'huile de croton-tiglium est connue dans l'Inde depuis un temps immémorial; mais la violence drastique de ce précieux médicament entre les mains de gens inhabiles, avait si souvent produit des accidens graves, qu'il a fallu plusieurs siècles pour que son emploi s'étendît en Angleterre et parvint jusqu'à nous. Tout le monde connaît les premières expériences de M. le docteur Connwel, en 1820, et celles de MM. Récamier, Bally, Kapeler et Magendie, en 1824. Mais jusque-là l'huile de croton n'avait été employée qu'à l'intérieur; nous n'avions pas de notions précises sur son usage externe, et ce n'est que depuis les recherches de M. le professeur Andral, en 1831 et 1832, que nous pouvons arriver à des conclusions exactes.

§. I. *Usage externe de l'huile de croton tiglium.* — Pour faire convenablement une friction avec l'huile de croton (n'importe sur quelle partie du corps), on doit se servir d'un ou de deux doigts au plus, et mieux, d'un tampon de charpie recouvert de taffetas gommé. Avec cette précaution il est rare que l'absorption de l'huile ne soit pas complète. Je n'ai jamais exercé de friction pendant plus de dix minutes, et toujours cependant j'ai obtenu une éruption, moins forte, il est vrai, vers la région trochantérienne, où la peau a une très-forte épaisseur. Sur toutes choses, on ne doit jamais confier aux malades le soin de se

(1) Ce mémoire a été présenté à la Faculté comme dissertation inaugurale, sous le titre : *Considérations sur l'huile de croton-tiglium.* (Paris, 1833, in-4.°, N.° 187.) Nous avons prié l'auteur lui-même d'en donner un extrait étendu. Les modifications et les additions qu'il a faites, sans en faire un travail nouveau, y ont ajouté encore quelque intérêt. (*N. du R.*)

frictionner eux-mêmes. C'est avec la plus grande prudence que l'huile de croton doit être maniée. Nous avons vu, à l'hôpital de la Pitié, deux malades, dont l'un avait été assez maladroit pour porter ses doigts imprégnés d'huile sur l'un de ses yeux : il s'ensuivit le lendemain une ophthalmie des plus intenses. L'autre, par suite du simple contact de sa chemise empreinte d'huile sur le scrotum et le gland, a été affecté d'une inflammation très-vive de ces organes.

1.° *Effets physiologiques.* — L'éruption qui suit constamment l'usage de semblables frictions, peut être divisée en cinq périodes : 1.° rubéfaction de la peau; 2.° apparition de vésicules; 3.° apparition de pustules; 4.° dessiccation des pustules; 5.° desquammation et chute des croûtes. L'éruption ne suit pas toujours cette marche uniforme; ce n'est que dans les cas où la friction a été faite avec dix ou douze gouttes d'huile, et encore sur une région recouverte d'une grande masse de tissu cellulaire, aux aisselles, au cou, par exemple, etc., que les cinq périodes se montrent successivement.

Première période. — Une chaleur vive, accompagnée de prurit, est bientôt suivie de la rubéfaction de la partie frictionnée, et, dans la grande majorité des cas, cette rubéfaction de la peau dépasse de plusieurs pouces le cercle sur lequel on a exercé la friction; c'est ordinairement dans les sept ou huit premières heures que se montrent ces premiers phénomènes. Sur trente-trois cas que j'ai observés, dont trente hommes et trois femmes, la chaleur, le prurit et la rubéfaction de la peau se sont montrés, trois fois après la première heure, deux fois après la deuxième, quatre fois après la quatrième cinq fois après la sixième, sept fois après la septième, trois fois après la huitième, une fois après la dixième, deux fois après la douzième, deux fois après la treizième, une fois après la quatorzième, une fois après la seizième, deux fois après la dix-huitième heure. Dans ces deux derniers cas, la friction avait été pratiquée

sur la région fessière, et l'apparition des vésicules n'a pas suivi la rubéfaction de la peau.

Deuxième période. —Des myriades de petites vésicules, très-rapprochées les unes des autres, toutes distinctes et séparées, d'une couleur tantôt blanche, tantôt d'un rouge plus ou moins foncé, se montrent sur tous les points de la surface rouge de la peau que l'on aperçoit très-distinctement dans leurs intervalles. Cette éruption se fait d'une manière pour ainsi dire instantanée. Dans dix cas sur trente-un, ces vésicules se sont élargies et ont donné naissance à de véritables phlyctènes remplies d'un liquide plutôt louche que transparent. Dans ces dix observations, il y a eu bientôt formation de pustules très-volumineuses. Le terme moyen de l'apparition des vésicules est de dix-huit à vingt-quatre heures après la friction. Sur trente-un cas, elles se sont montrées quatre fois après la quatorzième heure, quatre fois après la seizième, huit fois après la dix-huitième, six fois après la vingtième, sept fois après la vingt-quatrième, et deux fois après la vingt-sixième heure.

Troisième période. — A ces vésicules succèdent, le troisième jour, des pustules plus ou moins volumineuses, blanches à leur sommet, contenant un liquide le plus souvent opaque, et entourées à leur base d'une auréole rougeâtre. La rubéfaction de la peau est diminuée; le prurit accompagne encore cette troisième série de phénomènes. Sur les trente-un cas observés plus haut, la formation de pustules n'a eu lieu que dix-neuf fois. Dans les douze autres observations, la desquammation des vésicules a formé la troisième période de l'éruption. Sur les dix-neuf cas restans, les pustules ont paru, deux fois après la trente-sixième heure, quatre fois après la quarantième, six fois après la quarante-quatrième, trois fois après la quarante-huitième, quatre fois après la cinquante-quatrième heure.

Quatrième période. — Aussitôt que les pustules sont ouvertes, le liquide qu'elles contiennent s'écoule et continue

à suinter; le pus en se desséchant produit des plaques grisâtres dont la forme varie; la démangeaison de la peau persiste encore un peu. Cette période suit de vingt-quatre à trente-six heures la précédente; elle arrive le plus ordinairement vers la fin du quatrième jour; dans trois cas sur dix-neuf, nous l'avons vue se prolonger jusqu'au cinquième jour; une fois elle existait encore à la fin du huitième jour.

Cinquième période. — Les croûtes se sèchent, l'épiderme se régénère; il se fait une desquammation dans les points où ont existé les vésicules et les pustules; la peau conserve de la rougeur aux lieux où siégeait l'éruption; il ne reste pas de cicatrice, et tout est terminé vers la fin du sixième jour ou au commencement du septième, quelquefois vingt-quatre heures plus tard. Dans un cas où nous avions eu recours à l'huile d'amandes douces en onction, pour faire tomber les croûtes énormes qui s'étaient formées sur la région mastoïdienne d'un individu qui avait une hémiplégie de la face, ce n'est que le treizième jour que la chute des croûtes s'est opérée.

Je dois ajouter maintenant que, toutes les fois qu'une friction avec l'huile de croton a été pratiquée sur une partie du corps où avait existé un vésicatoire, ou bien dans l'endroit où une première friction a été faite antérieurement, l'éruption est plus forte et marche avec beaucoup plus de rapidité.

Les cas dans lesquels l'huile de croton a été employée, *mélangée avec l'huile d'amandes douces,* pour provoquer des selles en faisant des frictions sur le trajet du colon transverse, sont au nombre de six. Dans ces six cas, trois fois le mélange a été fait dans les proportions d'une partie d'huile de croton-tiglium et deux parties d'amandes douces; deux fois le mélange était dans les proportions d'un gros d'huile d'amandes douces sur vingt gouttes d'huile de croton; une autre fois, les proportions étaient parties égales de l'une et de l'autre huile. Dans ces six observations, l'éruption est parvenue à la deuxième période; une fois seulement il n'y

a eu que de la rougeur à la peau. L'effet purgatif a été constamment nul.

Voyons maintenant quels sont les effets produits sur le canal digestif toutes les fois que l'huile de croton a été employée *pure en frictions* autour de l'ombilic. Les observations sont au nombre de neuf, dont deux affections cérébrales, une céphalalgie, une paralysie du bras, deux pleurésies, une phthisie, deux gastrites chroniques.

Les sujets de ces observations étaient tous des hommes encore dans la force de l'âge; leurs tempéramens n'étaient ni pléthoriques, ni nerveux, ni bilieux par excès. Chez tous, la friction a été pratiquée selon les règles indiquées, et chez tous elle a parcouru ses cinq périodes; cinq d'entre eux ont été frictionnés avec vingt gouttes d'huile de croton, les quatre autres avec quinze gouttes seulement. Eh bien! chez un seul excepté, l'effet purgatif a toujours été nul. C'est le malade atteint de céphalalgie fort intense qui a eu trois selles le premier jour de la friction, deux selles le second jour, et une le troisième jour : l'éruption a marché comme chez tous les autres. Je dois ajouter que la céphalalgie était de beaucoup diminuée le matin du deuxième jour; la friction avait été faite avec quinze gouttes d'huile de croton.

M. le docteur Rayer dit avoir obtenu de nombreuses évacuations en versant une ou deux gouttes d'huile de croton sur une partie du corps dont l'épiderme avait été récemment enlevé par un vésicatoire. Nous n'avons pas renouvelé cette expérience.

2.° *Effets thérapeutiques.* — Si nous examinons les résultats thérapeutiques auxquels nous a conduit l'usage de l'huile de croton à l'*extérieur*, nous pourrons constater les avantages réels de cette précieuse médication dans les cas suivans : Sciatiques, arthrites, pleurodynies, paralysies, stomatites, laryngites, et gastrites chroniques.

Ire *Obs.* — *Sciatiques.* — Au n.° 40 de la salle Saint-Michel est couché le nommé Pierre Leroux, journalier, âgé

de 48 ans, entré à l'hôpital de la Pitié le 6 décembre 1831. C'est un homme fort bien musclé. Il y a cinq mois, ce malade, travaillant à Chaillot à creuser une cave, étant continuellement exposé à l'humidité (quelquefois il avait de l'eau jusqu'à mi-jambe), se seutit pris d'une douleur violente au niveau de la hanche. Au même instant il tombe sons le poids de sa pioche, et c'est en vain qu'il fait tous ses efforts pour se mettre sur pieds. Ses camarades le relèvent, lui prêteut soutien. Il sort enfin, appuyé sur un bâton, gagne sa demeure, et se couche. Il passe le reste de la journée et toute la nuit dans d'horribles souffrances. La douleur, partant du plexus sciatique, s'étendait tout le long de la partie postérieure de la cuisse, suivait ensuite le rameau externe du grand nerf sciatique, et gagnait ainsi tous les orteils en suivant le bord péronier de la jambe. Il reste deux mois et demi dans cet état. Au bout de ce temps, sans le concours de médicamens, le repos seul ayant été mis en usage, notre malade se trouve soulagé. Quelques jours se passent : cet état d'amélioration persiste. Il reprend ses travaux accoutumés : la douleur sciatique reparaît dans la même semaine avec la même iutensité. Cette fois-ci, après diverses consultations de médecins, il se décide à poser sur la partie malade trois vésicatoires de plusieurs pouces de diamètre : il en applique un premier sur la région fessière, un deuxième sur la cuisse, et un troisième, enfin, sur la jambe, vers sa partie externe et un peu postérieure. Cette médication ne produit aucun soulagement. Le malade attend néanmoins plusieurs jours encore : pas d'amélioration. Il se décide alors à entrer à l'hôpital. Le lendemain, 7 décembre, nous le trouvâmes dans l'état que nous avous noté plus haut : la douleur sciatique augmentant par la pression et par la chaleur du lit; voies digestives et respiratoires en bon état, la circulation seule est accélérée; on compte 92 pulsations par minute; céphalalgie (8 gouttes d'huile de croton tiglium en friction sur la naissance du nerf sciatique; boisson émol-

Le 8, cuisson, démangeaison et rubéfaction de la peau de la partie frictionnée; pas de soulagement sensible. L'éruption ayant parcouru sa première période dans le temps donné, on ne fit pas de nouvelle prescription. Le 9, les vésicules ne s'étaient pas montrées. L'état du malade étant resté le même, on prescrit 18 gouttes d'huile de croton en friction sur tout le trajet du nerf malade.

Le 10 au matin, nous remarquons une rougeur de tout le côté externe de la jambe. Des vésicules avaient paru à la région trochantérienne primitivement frictionnée. Le malade ressentait encore une douleur profonde, qu'il différenciait parfaitement du prurit produit par la friction. Le 11, l'éruption continue sa marche. Le malade ne ressent de douleurs qu'au haut de la cuisse (10 gouttes d'huile de croton en friction entre les deux trochanters). Le 12, l'éruption est considérable. On remarque, sur le bord externe du péroné, des papules de la largeur d'une pièce de cinq sous. Le malade ne ressent plus de douleur névralgique; il accuse de la chaleur et de la démangeaison dans les endroits frictionnés. (Boisson émolliente, et demie d'alimens.) Le 13, le malade a pu dormir une grande partie de la nuit; il ne ressent pas de douleur dans le membre, si ce n'est celle produite par l'éruption. Il est très-satisfait de son état, et se propose de sortir aussitôt la desquamation des croûtes, qui est arrivée le 17 du même mois (six jours après la dernière friction).

IIe *Obs.* — A cette même époque, le 12 décembre 1831, est entré dans la même salle le nommé Boyer, profession de journalier, homme fort, âgé de 50 ans. Il nous raconta qu'une première fois, en 1812, il avait été atteint d'une sciatique pour laquelle il était entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Récamier. Traité avec l'essence de térébenthine, il sortit guéri au bout de six semaines. Il y avait dix-huit ans que la douleur névralgique n'était revenue, lorsque, il y a deux ans environ, à la suite d'un temps humide et d'une

longue fatigue, des douleurs vives et poignantes se déclarèrent de nouveau dans tout le trajet du nerf sciatique; elles partaient de la naissance même du nerf, et se prolongeaient tout le long de la cuisse et de la jambe du côté gauche; elles augmentaient par une longue station sur les pieds, par la pression et la chaleur du lit. Entré à l'hôpital de la Charité, le malade y a été traité, par M. Fouquier, avec les vésicatoires et quelques frictions de baume tranquille. Il est sorti guéri au bout de trois semaines environ. Enfin, depuis six semaines, la douleur a reparu du même côté avec une intensité semblable. Aux deux premières fois, le malade n'a pas de sommeil pendant la nuit.

Le lendemain de son entrée, une friction de 12 gouttes d'huile de croton-tiglium est pratiquée entre les deux trochanters, le long du bord externe de la cuisse, jusqu'au tiers inférieur de la jambe : l'éruption a suivi toutes ses périodes, et déjà, à la fin deuxième jour, le malade ressentait un très-grand soulagement. Il est sorti le huitième jour de son entrée à l'hôpital. La desquamation des croûtes était achevée depuis vingt-quatre heures environ; le malade ne s'était jamais vu si promptement guéri d'une sciatique non moins douloureuse que les deux premières.

III.e *Obs.* — Au n.° 13 de la Salle Saint-Léon était couché un charcutier âgé de 45 ans, un de ces hommes qui à un embonpoint énorme joignent une taille moyenne et un tempérament éminemment pléthorique. Depuis deux mois environ il était pris de frissons irréguliers, venant tantôt à une heure, tantôt à l'autre; malaise général, douleur sciatique gauche, etc. Entré, il y a un mois, à l'hôpital de la Charité, dans les salles de M. Rayer, on lui fit trois saignées du bras, et on lui appliqua cinquante sangsues à la région fessière, du côté malade; plus, quarante autres sangsues à la partie inférieure et postérieure de la cuisse. On lui fit prendre aussi une potion avec essence de térébenthine, à la dose de quarante gouttes (14 bains de va-

peurs.) Ce dernier traitement fut continué pendant dix-neuf jours, époque à laquelle il sortit de l'hôpital, fatigué d'une médication qui ne lui avait apporté que très-peu de soulagement.

Tel est le récit qu'il nous fit lorsque nous l'interrogeâmes pour la première fois. Maintenant il accuse une douleur qui, partant de l'ischion, se termine à l'articulation tibio-tarsienne. La marche, la fatigue, la chaleur du lit augmentent cette douleur. Il se plaint de fourmillemens à la partie inférieure de la jambe. Voies digestives en bon état. (15 gouttes d'huile de croton-tiglium en frictions sur la naissance du nerf sciatique.)

Le 28, la douleur est la même; l'éruption est à peine parvenue à sa première période. (20 gouttes d'huile de croton-tiglium pour nouvelle friction, sur tout le trajet du nerf.) Le 29, l'éruption est toute vésiculeuse; mais on ne la distingue que par plaques éparses çà et là. La douleur est peu diminuée. (20 gouttes d'huile de croton-tiglium pour troisième friction.) Le 30, cette fois l'éruption est des plus abondantes : on voit d'énormes pustules là où existaient, la veille, de simples vésicules, et partout ailleurs ces mêmes vésicules recouvrent la partie frictionnée. Le malade ne sent plus que de la démangeaison. Il reste quelques jours encore à l'hôpital, pour attendre la dessiccation de ses pustules, et sort parfaitement guéri douze jours après son entrée.

Je crois devoir rapporter ici une quatrième observation de sciatique non consignée dans ma thèse.

IV.[e] *Obs.*—Au mois de novembre 1831, une culottière, âgée de 58 ans, était entrée dans la salle St.-Thomas pour y être traitée d'une gastro-entérite chronique, lorsqu'elle fut prise durant son séjour à l'hôpital, et sans cause connue, d'une douleur sciatique extrêmement vive, pas de sommeil pendant la nuit, etc. On lui appliqua d'abord trente sangsues à la partie postérieure de la cuisse; pas de soulagement no-

table. Le lendemain on prescrivit une friction à la région précitée, avec six gouttes d'huile de croton-tiglium; l'éruption suivit toutes les périodes, et quarante-huit heures après, la douleur avait complètement disparu.

Arthrites. — Ve *Obs.* — Au n.° 28, salle Saint-Michel, était couché un maçon, âgé de 28 ans. Il y a trois mois environ qu'à la suite d'une fièvre typhoïde il porte un rhumatisme chronique de l'articulation scapulo-humérale. Depuis six semaines les saignées générales et locales, les vésicatoires, tout était mis en usage pour obtenir la guérison de cette arthrite; ce fut en vain. On eut recours alors à deux frictions avec l'huile de croton-tiglium; la première fois on employa six gouttes, et le lendemain on versa trois autres gouttes sur la partie déjà frictionnée. Je ne dirai pas qu'un soulagement complet suivit une semblable méthode, mais un amendement des plus notables eut lieu. Le malade pouvait dès le troisième jour remuer son bras; il ressentait encore quelques légers élancemens lorsqu'il l'exerçait beaucoup. Il resta plusieurs jours encore à l'hôpital. Cet état d'amélioration persistant, il sortit enchanté de sa position.

Nous avons recueilli une seconde observation toute semblable à celle que je viens de citer, chez un ancien militaire couché au n.° 4 de la salle Saint-Léon. Il offrait aussi un rhumatisme chronique de la même articulation, et l'emploi du même traitement lui rendit toute la liberté de son bras.

Pleurodynie. — VIe *Obs.* — Un vigneron, âgé de 35 ans, couché au n.° 6 de la salle Saint-Michel, éprouve, depuis trois semaines environ, une douleur continue entre la sixième et la septième côtes gauches, un peu en arrière; le malade ne peut exécuter un mouvement du torse sans accroître beaucoup ses douleurs; il ne peut garder le décubitus sur ce côté; la respiration est gênée. L'auscultation et la percussion ne nous montrent rien d'anormal. Au rapport du malade, nous apprenons que trois mois auparavant il avait été affecté d'une douleur semblable à l'épaule gauche.

Les voies digestives sont en bon état. (8 gouttes d'huile de croton-tiglium en friction sur le point douloureux). Dès le lendemain, l'éruption est entrée dans sa première période; le malade a dormi une grande partie de la nuit; il ne ressent plus la douleur profonde qui gênait la respiration. Il se propose de sortir sous peu de jours.

Le fait suivant suffirait à lui seul pour placer au premier rang, parmi les médicamens héroïques, l'huile de croton tiglium.

Paralysie du sentiment. — VIIe *Obs.* — Le nommé Pierre Dumas, couché au n.° 14 de la salle Saint-Léon, est entré à l'hôpital de la Pitié le 8 novembre 1831. Comme antécédens, nous recueillons : Il y a sept mois ce malade a eu un érysipèle de la face, s'étendant sur la partie latérale gauche du cou. Entré dans les salles de M. le professeur Andral, il en est sorti parfaitement guéri au bout de cinq semaines de traitement. Trois semaines après sa sortie, sans cause connue, des étourdissemens et des éblouissemens surviennent tout-à-coup; ces symptômes maladifs s'aggravent; ils paraissent tous les deux ou trois jours; le malade ne suit aucun traitement. Cet état dure deux mois. Apparaît ensuite une autre série de phénomènes : un engourdissement général envahit tout le côté gauche de la face, et au même instant la vue de ce côté devient trouble; la narine gauche ne sent plus, et tout l'intérieur de la bouche, du côté gauche seulement, avait perdu toute dégustation. Ajoutez à cela une céphalalgie frontale très-intense. Le malade nous dit que lorsqu'on le rasait il éprouvait la même sensation que si un corps étranger, tel qu'un morceau de parchemin, était placé sur sa joue, et qu'au lieu d'alimens de bon goût il lui semblait mâcher de la terre. La langue, un peu rouge à sa pointe et sur son limbe, était recouverte d'un enduit jaunâtre assez épais à son milieu; le ventre était souple; l'épigastre un peu sensible; dévoiement depuis dix jours, quatre à cinq selles dans les vingt-quatre heures; le pouls

battait 90 fois par minute; pas de gêne dans la respiration (20 r. par minute). (Saignée du bras de quatre palettes; bains de pieds sinapisés le soir; boisson émolliente dans le cours de la journée; diète.)

Le lendemain, pas de soulagement notable. On a recours à la méthode révulsive. (2 pilules d'un quart de grain de croton-tiglium; même boisson et diète.) Le 11, vingt évacuations liquides furent le résultat de l'administration des pilules. La céphalalgie avait entièrement disparu; le ventre était souple dans tous ses points; plus de douleurs à l'épigastre. J'avais oublié de dire que les premières évacuations avaient été précédées de borborygmes et de légères coliques. La langue est naturelle, la soif n'est plus vive; le pouls est tombé à 80; la respiration se fait toujours bien. L'œil gauche ne distingue pas mieux les objets; la sensibilité du côté gauche de la face est toujours abolie. (Boisson émolliente, diète.)

Le 12, même état; le malade a eu encore deux selles; les jours suivans, le dévoiement était complètement arrêté; la céphalalgie n'avait pas reparu, les voies digestives et respiratoires étaient en bon état. Dans l'intention de savoir jusqu'à quel point une irritation artificielle des parties affectées agirait sur les nerfs de la cinquième paire, on prescrivit une friction avec huit gouttes d'huile de croton sur le cou et la joue insensibles.

Le lendemain 24, l'éruption avait déjà parcouru la deuxième période, elle était très-confluente; le malade nous a dit, et nous nous sommes assuré qu'il voyait, sentait et dégustait; c'est chez ce malade que la cinquième période de l'éruption s'est prolongée jusqu'au treizième jour. Il n'est sorti que le 12 décembre, ayant eu quelques jours auparavant de nouveaux étourdissemens beaucoup moins intenses que les premiers; ces derniers avaient cédé à une saignée du pied.

Angines laryngées. — La première observation que je

rapporterai est celle d'un individu qui était couché au N.° 7 de la salle Saint-Léon. Cet homme était un de ces chanteurs en plein vent qui courent les rues de la capitale; plusieurs fois il avait été atteint de ces angines légères, qu'il guérissait, disait-il, en se gargarisant avec deux ou trois litres de vin. Cette fois, il avait tenté le même remède, mais un peu trop tard. Tous les symptômes, loin de diminuer, s'étaient accrus considérablement; il se vit à regret forcé d'entrer à l'hôpital. A notre premier examen, nous constatâmes une toux sèche et fréquente, qui était des plus pénibles; une douleur vive se faisait sentir dans tout le larynx, et augmentait lors du passage des boissons à travers l'œsophage; la respiration était sifflante, le malade pouvait à peine se faire entendre; il y avait aphonie à un haut degré; en même temps sécheresse de la gorge. Examinés à la lumière, le voile du palais et ses piliers étaient rouges et légèrement tuméfiés; le pouls marquait 96 pulsations par minute; chaleur à la peau, anxiété. (Saignée de quatre palettes; bain de pieds sinapisé; pour boisson, tisane de mauve édulcorée avec sirop de gomme.)

Le lendemain, tous les symptômes généraux ont disparu; la douleur au larynx a beaucoup diminué, mais il y a toujours aphonie presque complète et sécheresse à la gorge. Les piliers du voile du palais sont toujours enflammés; le pouls ne donne plus que 80 pulsations; il n'y a pas de chaleur à la peau; le malade a dormi quatre à cinq heures de la nuit. (10 gouttes d'huile de croton en friction sur le pourtour du larynx.)

Le jour suivant, l'éruption était très-confluente; le malade parlait beaucoup plus distinctement : sa voix avait presque repris son timbre naturel; il ne sentait plus de sécheresse dans la gorge; les piliers étaient moins enflammés, il pouvait avaler les boissons sans douleurs au larynx; le malade n'avait pu prendre de repos de toute la nuit, la démangeaison de la partie frictionnée avait empêché son sommeil.

Un régime doux, des boissons et des gargarismes émolliens ont achevé le reste : il est sorti de l'hôpital parfaitement guéri le neuvième jour de son entrée.

Dans deux autres cas d'angine laryngée, dont les détails trop longs ne me permettent pas de relater en entier les observations, nous avons pu constater l'heureux effet de l'huile de croton employée en friction sur les côtés du larynx.

Je ne dirai qu'un mot d'une *stomatite pseudo-membraneuse*, observée chez un homme de plus de soixante ans, ancien militaire, couché au N.° 5 de la salle Saint-Léon. Lorsque le malade se présenta à notre observation, la maladie avait déjà fait de rapides progrès; l'intérieur de la bouche était recouvert par intervalles, ainsi que la langue, de petites plaques d'un blanc grisâtre, oblongues; les points sur lesquels n'existaient pas ces fausses membranes étaient rouges, énormément tuméfiés; les ganglions sous-maxillaires étaient engorgés et douloureux à la pression; l'haleine était des plus fétides; le gonflement des lèvres leur donnait une teinte violacée; la déglutition était très-difficile; cependant la maladie n'avait débuté que depuis huit jours, et le malade ne savait à quoi en attribuer la cause. On posa à deux fois différentes soixante sangsues vers la région mastoïdienne, de chaque côté : pas de soulagement ; les cataplasmes et tous les collutoires imaginables n'amenaient aucune amélioration notable dans l'état de notre malade, qui ne pouvait plus articuler les sons. On eut recours alors à une friction sur les parties latérales du cou, avec huit gouttes d'huile de croton-tiglium. Le lendemain, l'éruption était des plus considérables; la teinte livide des lèvres s'était dissipée, le malade pouvait parler. C'est à dater de ce jour seulement que la maladie a marché vers une résolution qui, pour être complète, s'est fait attendre encore une quiuzaine de jours au moins; bien entendu que les gargarismes acidules, les cataplasmes, les bains de pieds sina-

pisés et les boissons émollientes ont été mis en pratique après la friction indiquée.

Parmi les cas de *gastrite chronique* traités par l'huile de croton en friction sur l'épigastre, je n'en citerai que quelques-uns, qui, pris au hasard dans le grand nombre d'observations que nous avons recueillies, parleront assez en faveur de cette médication; et d'abord:

Un vigneron des environs de Paris, âgé de 47 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, vers le mois de juin 1831; il nous dit que depuis quinze ans il était pris de vomissemens; jamais il ne s'était écoulé un intervalle de quinze jours sans que ces régurgitations se répétassent. Cette matière du vomissement était tantôt fortement acide, et d'autres fois seulement fade; elle avait la consistance et l'aspect d'une solution gommeuse largement étendue d'eau; l'acidité était si forte parfois, que le malade nous assurait qu'en laissant tomber un peu de cette liqueur sur le carreau, elle le faisait bouillonner (ce sont ses expressions). Le fait est que l'émail de ses dents était complètement détruit: l'estomac est douloureux à la pression; cependant l'appétit est conservé; la langue n'est pas rouge; le malade ne rend jamais ses alimens; il conserve la plénitude de ses forces. Ce malade est resté plus de trois mois dans les salles de M. le professeur Andral; il n'est pas de traitement qu'on ne lui ait fait subir: sangsues, moxas, sous-nitrate de bismuth, etc., tout avait été employé, lorsque l'analyse des matières du vomissement, faite par un de mes collègues, M. Mialhe et moi, nous fit reconnaître la présence de l'acide acétique. D'après cette donnée, nous fûmes portés à commencer l'usage du bi-carbonate de soude, qui parut dans les premiers jours nous conduire à une amélioration notable dans l'état de notre malade, qui nous assurait qu'aussitôt qu'il sentait venir ces nausées acides, qui précédaient toujours chaque vomissement, il n'avait qu'à prendre une cuillerée de sa potion, dans laquelle entrait en solution un à deux grains de bi-car-

bonate de soude, pour les faire disparaître comme par enchantement. Les vomissemens avaient cessé pendant un mois sous l'influence de cette médication, lorsqu'ils recommencèrent de plus belle, et qu'il ne fut plus possible de les arrêter de nouveau par ce même moyen. C'est alors qu'on eut recours à une première friction sur l'épigastre avec dix gouttes d'huile de croton. L'éruption abondante qui se fit sur la peau, paraissant avoir une heureuse influence sur l'état de l'estomac, les vomissemens devinrent plus rares; on cessa entièrement le bi-carbonate de soude, et l'on fit de nouveau, au bout de douze à quinze jours, une seconde friction avec quinze gouttes d'huile. Cet homme se trouva dès-lors dans un état satisfaisant; il resta plusieurs semaines encore à l'hôpital; les vomissemens ne reparurent plus. Depuis deux ans nous n'avons pas revu ce malade, qui nous avait bien promis de revenir s'il était pris de nouveaux accidens. Je dois ajouter que les deux frictions faites sur l'abdomen de cet individu ne lui ont procuré aucune évacuation alvine.

Dans deux autres observations de gastrite chronique, chez deux femmes, nous avons vu, à la suite d'une friction avec huit gouttes d'huile à la région épigastrique, la sensation douloureuse de l'épigastre disparaître, les vomissemens cesser, les rapports aigres ne plus se montrer, l'appétit revenir et les digestions se faire.

§. II. *Usage interne.*—Pour parer à l'action irritante que produit quelquefois l'huile de croton-tiglium lors de son passage à travers le pharynx et le conduit œsophagien, on a imaginé une foule de formules dont le plus grand nombre ne font que masquer la promptitude et la certitude de l'action purgative de cette huile. C'est ainsi qu'on l'a administrée sous forme de savon, de teinture, qu'on en a fait des potions purgatives, des pilules, etc. Pour nous, nous avons employé l'huile de croton pure, que nous administrions dans une cuillerée de tisane, à la dose d'une à deux gouttes au plus. Nous avons

fait aussi un grand usage des pilules de M. Caventou, qui les prépare de la manière suivante : ♃ Huile de croton-tiglium, 20 grammes, *vel* ʒ v; lessive des savonniers, 10 grammes, *vel* ʒ ij ß. On mêle et on triture long-temps dans un mortier de verre; il se forme un savon que l'on coule dans des moules. Toutes choses égales d'ailleurs, ce dernier mode d'administration ne nous a jamais donné des résultats semblables au premier, et jamais non plus les diverses potions purgatives que j'ai vu employer dans d'autres services que celui de M. le professeur Andral, n'ont amené après elles une purgation aussi énergique que la même quantité d'huile avalée dans une cuillerée d'eau. A quoi tient cette différence dans le mode d'action? Très-probablement à l'état de mélange où est l'huile lors de son ingestion dans l'estomac.

1.° *Effets physiologiques.* — Lorsqu'on administre à un malade l'huile de croton-tiglium à la dose d'une à deux gouttes, soit en pilules, soit pure, dans une cuillerée de tisane, il éprouve presque aussitôt au pharynx et le long du trajet œsophagien un sentiment de chaleur qui se communique quelquefois jusqu'au creux de l'estomac et persiste quelques minutes; il survient parfois des nausées, plus rarement des vomissemens : c'est surtout chez les femmes que ce dernier phénomène s'est montré le plus souvent. Trois-quarts d'heure ou une heure après, le malade ressent des borborygmes et des coliques plus ou moins fortes dans tout le ventre; commencent ensuite les premières selles, qui se font sans ténesme, sans épreintes, ni chaleur au fondement. La matière des évacuations est toujours très-liquide, ressemble à de l'eau colorée en jaune, et part comme une fusée; le nombre des selles, terme moyen, est de dix à douze pour une goutte d'huile.

Chez deux malades (hommes), l'un, affecté de colique de plomb et l'autre de simple bronchite, l'huile de croton, administrée à la dose de deux gouttes, a produit chez le

premier, vingt selles, et seize chez le second. A la dose d'un huitième de grain, le savon de M. Caventou ne nous a jamais donné de selles. A la dose d'un quart de grain, le même médicament a amené une seule fois sur six cas, cinq évacuations chez une femme hydropique. Administré à un demi-grain, le terme moyen des évacuations est de sept à huit. Un homme paralytique a eu vingt selles à la suite de cette même dose. Deux fois nous avons donné le savon à la dose de trois-quarts de grain. La première fois il a produit treize selles, et la seconde trois seulement; mais il faut dire que la femme qui avait pris cette pilule avait eu presqu'aussitôt après son ingestion dans l'estomac, trois vomissemens abondans. Enfin, à la dose d'un grain, le savon d'huile de croton ne nous a pas donné de résultats plus avantageux qu'à dose moitié moindre; le terme moyen des évacuations a été de six à sept.

Le lendemain de l'administration de l'huile de croton, tout l'appareil digestif reprend ses fonctions. La langue est naturelle, la soif nulle, le ventre souple. Dans un seul cas sur cinquante-deux, nous avons observé une douleur épigastrique qui a réclamé le traitement antiphlogistique. Jamais, dans les cas d'inflammations gastro-intestinales, nous n'avons vu son emploi suivi d'accidens graves. Les fonctions circulatoires et respiratoires ne nous ont pas semblé ressentir d'influence sous l'action de ce médicament. Chez un seul malade paralytique, la sécrétion urinaire a été notablement augmentée.

J'ai présenté dans ma Thèse un tableau qui indique tous les effets produits sur le tube digestif chez chaque individu, à la suite de l'administration de l'huile de croton à dose différente.

2.° *Effets thérapeutiques.* — Dans le grand nombre d'observations que je pourrais rapporter, je citerai seulement celles où l'emploi de l'huile de croton paraît avoir eu des avantages réels; et d'abord, je parlerai de la *colique saturnine.*

I.re *Obs.* — J.-J. Marino, ouvrier, âgé de 50 ans, d'une constitution forte, travaillait depuis dix ans dans une fabrique de produits chimiques, où il maniait habituellement des préparations de plomb. Il était atteint pour la troisième fois de colique métallique, lorsqu'il entra à l'hôpital de la Pitié, le 22 novembre. Il était malade depuis cinq jours, et lorsque nous le vîmes à la visite du 23, son *facies* était couleur jaune-paille, les parois abdominales étaient rétractées; il ressentait dans tout le ventre, et surtout vers l'ombilic, des douleurs vives, diminuant par la pression; constipation depuis le premier jour de la maladie; nausées depuis trois jours, vomissemens de matière bilieuse depuis la veille de son entrée; crampes dans les mollets. Notre malade occupait tour à tour toutes les positions imaginables, sans en trouver une bonne. Insomnie complète; le pouls conserve sa force et sa fréquence normales.

Deux pilules d'un quart de grain d'huile de croton furent administrées le même jour; elles déterminèrent seulement un peu de chaleur.

Le lendemain, une goutte d'huile de croton donna lieu à vingt évacuations abondantes, qui firent cesser en vingt-quatre heures les douleurs abdominales. Le malade conservait encore un peu d'abattement; mais il ne tarda pas à reprendre son état habituel, et sortit guéri le septième jour de son entrée à l'hôpital.

Je ne crois pas sans intérêt d'ajouter ici sur cette affection plusieurs autres observations non consignées dans ma Thèse.

II.e *Obs.* — *Colique de plomb.* — Le 10 janvier 1832 est entré à l'hôpital de la Pitié un journalier âgé de 50 ans; c'est un homme fort et bien musclé: depuis deux mois il travaillait dans une fabrique de blanc de céruse, lorsque, il y a trois jours, il a été pris de fortes coliques et de douleurs dans les bras et dans les mollets particulièrement. Pas de selles depuis l'apparition de ces premiers symptômes; quelques nausées depuis hier. Notre malade ajoute qu'il ne peut plus

se livrer au sommeil. Les parois abdominales sont fortement rétractées; le pouls bat 80 fois par minute; il y a 24 respirations. (Orge édulcorée pour tisane; de plus *une goutte* d'huile de croton-tiglium à prendre dans une cuillerée d'eau). 20 selles liquides dans le courant de la journée et pendant une grande partie de la nuit. La première évacuation eut lieu deux heures après l'administration de l'huile; elle avait été précédée d'un peu de chaleur au pharynx et de légères coliques. 11. Ce matin le ventre n'est plus douloureux, la langue est humide, l'appétit bon. On compte 94 pulsations et 24 respirations à la minute. Les parois de l'abdomen semblent toujours rétractées sur la colonne vertébrale. Pour toute prescription, on ordonne de l'orge pour boisson. Le 12, la langue est naturelle, pas de douleur épigastrique, appétit. 20 respirations et 60 pulsations par minute. Enfin, notre malade est sorti le 14 du même mois, le quatrième jour de son entrée, parfaitement guéri.

III.e *Obs.* — *De colique de plomb.* — Au n.° 24 de la salle Saint-Léon était couché un peintre en bâtimens, âgé de 42 ans. C'était la troisième fois qu'il était atteint de coliques saturnines, pour lesquelles on lui avait fait prendre autant de fois le traitement dit *de la Charité*. Il réclamait encore avec instance cette méthode, lorsqu'on lui administra, le matin même de son entrée, *une goutte d'huile de croton*. Il éprouva d'abord un sentiment de chaleur au pharynx, qui, quelques minutes après, avait totalement disparu; puis des borborygmes et quelques fortes coliques, qui furent suivis de 25 selles dans le courant de la journée. Il put dormir plusieurs heures pendant la nuit. Le lendemain, le ventre était souple, loin d'être rétracté comme la veille, la langue était humide, les douleurs abdominales avaient disparu. Le malade était lui-même étonné d'un aussi prompt et d'un aussi heureux résultat. Il resta deux jours encore à l'hôpital, aucun accident nouveau ne vint

entraver son rétablissement. Il sortit le quatrième jour de son entrée, en état de reprendre ses travaux habituels.

Trois autres malades, présentant tous les symptômes de *colique saturnine*, ont été traités de la même manière et guéris, les deux premiers au bout du cinquième jour de leur entrée à l'hôpital, l'autre au bout du onzième jour seulement. Je dois citer l'observation de ce dernier individu; c'est, sur cinquante-deux cas, le seul qui ait été suivi d'accidens. Voici ce fait :

Le 3 novembre 1831 est entré à l'hôpital de la Pitié le nommé Chevalier, peintre en bâtimens. C'est un homme d'une taille moyenne; il est âgé de 51 ans. Depuis quinze mois il travaille au blanc de céruse, et c'est la quatrième fois qu'il est atteint de colique de plomb. Son ventre est volumineux et douloureux surtout vers l'hypogastre; la vessie fait en cet endroit une proéminence très-forte; on sonde le malade, il s'écoule une grande quantité d'urine; mais les douleurs abdominales n'en persistent pas moins. Depuis huit jours il nous dit ne pas avoir été à la selle, et depuis ce temps durent ses douleurs de ventre, qui ont été précédées d'un malaise général, de crampes dans les jambes, etc. Pas de vomissemens; la langue est naturelle : à cela se joint une céphalalgie fort intense; apyrexie complète. (Une goutte d'huile de croton-tiglium.) Le 4, trois quarts d'heure après l'administration du médicament, le malade ressent une chaleur très forte au pharynx, le long de l'œsophage, et principalement à l'épigastre. En même temps il éprouve de violentes coliques, et au bout d'une heure eut lieu la première évacuation, qui fut suivi de vingt-quatre autres. La langue est humide; le ventre est souple et non douloureux, excepté dans sa région épigastrique, où la douleur augmente par la pression : plus de céphalalgie. 60 pulsations par minute. (Eau de gomme pour boisson; potion gommeuse; diète.) Le 5, le malade a eu encore quatre selles dans la journée. La langue est humide, mais blanche à son centre, et sans

rougeur sur ses bords; pas de nausées; la douleur épigastrique a augmenté; le reste du ventre est souple et indolent. (Même tisane.) 20 sangsues à l'épigastre. Le 6, les sangsues ont beaucoup coulé. La douleur épigastrique a disparu en grande partie; néanmoins, lorsque l'on presse sur cette région, le malade accuse encore de la douleur; la langue est blanche, toujours humide. Le malade nous dit avoir bien dormi. Pas de selles. (Eau de gomme; potion gommeuse; lavement de guimauve; diète.) Le 7, la douleur épigastrique existe encore. Goût d'amertume dans la bouche; langue comme hier; le ventre est insensible à la pression. Il a eu deux selles; peu de sommeil. Notre malade enfin est resté jusqu'au 10 dans cet état de malaise. On a été obligé d'avoir recours à l'acétate de morphine pour lui procurer du repos. et ce n'est que le 14 de novembre qu'il a quitté l'hôpital, parfaitement remis de son accident.

A côté de ces faits, je rangerai l'observation d'un homme, couché à un des numéros de la salle Saint-Michel, atteint depuis plusieurs jours d'une affection qui offre beaucoup d'analogie avec la précédente, la colique de cuivre. C'était un chaudronnier, âgé de 44 ans, qui, depuis six à sept jours, ressentait de vives douleurs dans le ventre; depuis cinq jours environ il était pris de dévoiement; en même temps, nausées, vomissemens, bon état des voies respiratoires et circulatoires; pas de crampes. Le lendemain de son entrée, on lui fit prendre une pilule d'un demi-grain d'huile de croton. Il ressentit presque aussitôt après son ingestion un sentiment de chaleur au pharynx; cette sensation se dissipa, et fut remplacée par quelques nausées qui précédèrent un vomissement bilieux abondant, qui fut néanmoins suivi de dix selles liquides. Dès le lendemain, les douleurs aiguës du ventre s'étaient appaisées; le malade n'était plus tourmenté par ces angoisses qui ne lui permettaient pas auparavant de garder une position stable. Quelques jours d'un régime doux suffirent pour le rendre à une par-

faite santé. Je dois noter surtout que les voies digestives étaient revenues à leur état normal le lendemain de l'administration de l'huile. Le surlendemain, le malade n'eut qu'une selle comme à son ordinaire; il en avait eu deux la veille.

Dans deux cas de *constipation* fort opiniâtre, dont l'un n'avait pas cédé à l'emploi d'un éméto-cathartique fait avec sulfate de soude, ℥j; émétique, un demi-grain; et l'autre avait résisté à l'administration de trente-six grains de résine de jalap et d'un lavement purgatif, chez deux femmes couchées, l'une au n.° 5, et l'autre au n.° 17 de la salle Saint-Thomas, nous avons vu une goutte d'huile de croton produire chez la première huit selles, et trois seulement chez la seconde. Chez toutes les deux les voies digestives étaient rentrées dans leur état normal le lendemain de l'administration de l'huile.

Dans les affections graves de la poitrine, ce groupe de symptômes que les auteurs ont décrit sous le nom d'*asthme*, est, sans contredit, une de ces maladies qui réclament le plus promptement et le plus impérieusement les secours de l'art. Voici ce que j'ai observé dans un cas de ce genre, traité par l'huile de croton, conjointement avec la saignée.

Obs. — Un journalier de plus de 60 ans, couché au N.° 8 de la salle Saint-Michel, était sujet, depuis dix années, à des accès d'asthme, qui augmentaient chaque hiver de fréquence et d'intensité. Il en était arrivé au point que ces accès se répétaient plusieurs fois dans le même mois, lorsqu'il se présenta à l'hôpital de la Pitié à la fin d'octobre 1831. Il offrait une maigreur générale. Depuis long-temps il avait beaucoup de difficulté dans la respiration; il ne pouvait plus monter un escalier sans perdre haleine; le décubitus sur un plan horizontal lui faisait éprouver un sentiment de resserrement dans toute la poitrine. La toux était fréquente et suivie d'une expectoration abondante, qui cessait au commencement de chaque accès. (Il sentait alors,

disait-il, que ses crachats l'étouffaient.) La poitrine percutée donnait un son très-clair. L'auscultation nous faisait entendre un râle sonore en avant et en arrière; dans quelques points on distinguait du râle sibilant. Le pouls était fort, d'une fréquence à peu-près normale. On eut recours au traitement antiphlogistique. M. Andral prescrivit une forte saignée du bras et des sinapismes aux extrémités inférieures. (Boissons délayantes.)

Le lendemain, l'état du malade était sensiblement amélioré. On avait retardé ainsi l'arrivée d'un nouvel accès. Le malade pouvait respirer plus librement en se tenant assis sur son lit. Il resta dix à douze jours environ dans cet état satisfaisant, lorsque, le 13 novembre, nous le trouvâmes, à la visite du matin, dans l'état suivant : il était assis sur son lit, les mains appuyées en arrière sur ses oreillers, la face colorée, la toux fréquente, mais sans expectoration; à peine pouvait-on compter la respiration, qui était saccadée. Le pouls était petit, mais fréquent. Le malade était dans une agitation extrême; la suffocation paraissait imminente. Mêmes signes stéthoscopiques. (Une goutte d'huile de croton-tiglium; de plus, une saignée du bras; boissons délayantes.) L'effet fut des plus marqués. Ces symptômes effrayans, qui duraient depuis quatre heures du matin, disparurent en partie avec les premières selles, qui eurent lieu une heure après l'administration du purgatif. Le malade passa le reste de la journée conservant la même position; mais la dyspnée avait cessé, la parole était devenue libre. Le malade avait pu dormir deux heures de la nuit.

On continua pendant quelques jours l'usage de l'huile de croton en pilules, à la dose d'un demi-grain. L'amélioration persista pendant près de quinze jours, époque à laquelle il eut un second accès beaucoup moins fort que le précédent, et qui céda au même mode de traitement. Il s'est écoulé trois semaines depuis ce dernier; le malade n'a res-

seuti aucune atteinte nouvelle; il est sorti le 26 décembre, pour reprendre son genre de vie habituel.

Enfin, dans plusieurs cas de *céphalalgie* fort intense, ayant résisté aux saignées et aux révulsifs cutanés, nous avons vu un dérivatif énergique, produit sur le canal intestinal, faire disparaître du jour au lendemain les symptômes les plus aggravans de ces affections cérébrales. Nous prenons, entre dix observations, les deux suivantes.

Obs. I.re — Levavasseur, cordonnier, âgé de 23 ans, est entré à l'hôpital de la Pitié, le 18 octobre 1831. Depuis huit ans, cet homme nous dit être en proie à de fortes migraines accompagnées de vomissemens, se montrant tous les quinze jours à peu-près. Depuis un mois, cette céphalalgie, des plus intenses, ne l'a pas quitté, et depuis six jours environ il a été pris, pour la première fois, d'étourdissemens et de vertiges, qui l'obligèrent de suspendre ses occupations. Les voies digestives sont en bon état; le pouls ne bat que 60 fois par minute; la respiration est libre. Jamais d'épistaxis, jamais d'engourdissemens dans les membres. Une large saignée du bras et des pédiluves sinapisés ne produisent qu'un soulagement à peine sensible et momentané. Le surlendemain, on administre une goutte d'huile de croton; le malade eut vingt selles liquides; la céphalalgie a entièrement disparu; plus de vertiges, plus d'éblouissemens. Ce malade est resté quelques jours encore à l'hôpital pour nous assurer s'il n'y aurait pas récidive; il est sorti le septième jour de son entrée, se félicitant de son état.

Obs. II.e — Lanier, âgé de 32 ans, couché au N.° 9 de la salle Saint-Léon, éprouvait depuis plusieurs années une céphalalgie fort intense. La vue s'était affaiblie; le bras droit et les extrémités inférieures étaient parfois engourdis, etc. Les saignées et les sangsues n'avaient rien changé à son état : on appliqua un séton à la nuque; pas d'amélioration; on eut recours alors à l'huile de croton-tiglium, que l'on administra en pilules à la dose d'un demi-grain et d'un

grain; le malade en prit une tous les deux jours pendant plusieurs semaines. La diarrhée remplaça la constipation, qui était habituelle, et sous l'influence de cette médication son état s'améliora tellement, qu'il quitta l'hôpital, parfaitement guéri, au bout d'un mois de ce dernier traitement.

Conclusions. — I. L'huile de croton-tiglium mélangée avec l'huile d'amandes douces, (dans les proportions que nous avons indiquées) *ne produit jamais de selles*, lorsqu'elle est employé en frictions autour de l'ombilic.

II. Dans l'immense majorité des cas, l'huile de croton-tiglium, pure, en friction sur le trajet du colon transverse, n'amène après elle *aucune évacuation alvine.*

III. Dans les cas de sciatique, d'arthrite, de rhumatisme en général, et toutes les fois qu'il sera utile de rappeler un exanthème cutané aigu, on doit avoir recours à l'huile de croton, de préférence à la pommade stibiée, aux vésicans, à la teinture de cantharides, à l'emplâtre de poix de Bourgogne, etc.

IV. Dans le cours d'une gastrite chronique, mais mieux cependant à son début, on emploie avec avantage l'huile de croton-tiglium, à la dose de 8 à 10 gouttes en friction, sur la région épigastrique.

V. Dans la colique de plomb, l'huile de croton-tiglium, administrée à l'intérieur à la dose d'une goutte, peut balancer les avantages du traitement dit *de la Charité.*

VI. L'huile de croton-tiglium doit être mise en usage toutes les fois que des purgatifs ordinaires ont été employés sans succès.

VII. Quand on a besoin d'un purgatif dont les effets soient prompts, et lorsque l'on veut agir avec force sur le canal intestinal, on doit employer par-dessus tout la médication précitée.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Recherches expérimentales sur les effets de la perte de sang; par M. Marshall Hall, *M. D.* (1). (II.[e] article.)

Dans le précédent numéro de ce journal, nous avons exposé les conséquences générales que M. M. Hall a tirées de ses recherches; il nous reste maintenant à faire connaître les expériences sur lesquelles elles sont fondées.

Expérience première. — 2 novembre 1830. Le sujet de cette expérience était un basset, âgé de 18 mois, pesant 17 livres, très-vif et robuste. On le saigna *ad deliquium*, et on lui tira environ 16 onces de sang. A mesure que le sang coulait, l'œil devint languissant; les paupières se fermèrent à moitié; la tête se pencha, et l'animal tomba sur la poitrine, en poussant un soupir profond; la respiration s'accéléra et alors il poussa un soupir plus profond que le premier. Posé à terre, il chancelait; des nausées et des vomissemens se manifestèrent, et il y eut une évacuation alvine.

En tenant l'animal suspendu par les pattes de devant, la respiration devint haute et accélérée; les yeux se fermèrent, et l'état de syncope se prononça plus qu'auparavant. On le suspendit alors par les pattes de derrière et la syncope se dissipa immédiatement.

Dans plusieurs expériences subséquentes, on observa que les battemens du cœur cessaient d'être perceptibles à l'oreille appliquée à la poitrine pendant l'état de syncope, mais devenaient sensibles aussitôt que l'on suspendait l'animal par les pattes de derrière.

(1) *Medico-Chirurgical Transactions.* T. XVII. 1832.

Un quart d'heure après la saignée, l'action du cœur était à peine sensible et cet organe battait 80 fois par minute. L'animal refusait alors du lait, ce qu'il fit encore quatre heures après la saignée.

Le lendemain matin, à 9 heures, le chien prit un peu de lait et de pain à plusieurs reprises ; cependant il restait couché et paraissait encore très-abattu. A midi, il mangea un peu de pain et de lait avec plus d'appétit. A 5 heures, il avait repris sa vivacité et sauta de joie, quand on lui présenta du lait et du pain qu'il dévora avec avidité ; peu de temps après, il rongea un os.

A 7 heures du soir, le pouls donne 140 pulsations ; les bruits du cœur sont forts et distincts ; la température entre les lèvres et dents est de 36°, 5 cent. ; les oreilles sont chaudes ; la langue un peu pâteuse et blanchâtre. L'animal fut saigné de nouveau, jusqu'à ce qu'il éprouvât un commencement de syncope. On tira huit onces de sang. Bientôt il ouvrit la gueule, parut respirer avec difficulté, et poussa de profonds soupirs ; l'œil devint terne et les paupières se fermèrent ; alors la respiration, qui se faisait par le nez, devint bruyante ; elle s'opérait presqu'entièrement par le diaphragme. Les battemens du cœur n'étaient pas appréciables à l'oreille appliquée à la poitrine, et ceux de l'artère fémorale donnaient 98 par minute ; les matières fécales furent expulsées ; les pupilles étaient dilatées, et la démarche de l'animal était faible et chancelante.

L'état de syncope était moindre que la veille, mais l'animal paraissait plus faible ; les oreilles se refroidirent peu-à-peu, et la conjonctive devint très-pâle ; l'animal refusait le lait qu'on lui présentait. Une heure et demie après la saignée, il paraissait très-faible et très-abattu. Au bout de 3 heures, l'état était le même : il y avait 22 inspirations dans une minute, et 132 pulsations.

Le lendemain matin, 4 novembre, à 9 heures, l'appétit n'était pas revenu ; l'animal goûta le lait qu'on lui pré-

senta et s'en détourna avec dégoût, en faisant entendre de faibles gémissemens.

Le pouls était à 144 et les inspirations à 24; la température, prise entre les gencives et les joues, était de 37°, 7 cent.; la langue était blanchâtre et chargée. A 5 heures, il prit un peu de lait et du pain; le pouls donnait 132 pulsations.

A 7 heure du soir, le pouls était à 130, les inspirations à 26, la température à 37°; les oreilles étaient fraîches. On ouvrit encore la jugulaire externe, et on laissa couler 8 onces de sang qui était peu épais et se sépara quelque temps après en parties égales de sérum et caillot.

Pendant que le sang coulait, la respiration devint haletante et suspirieuse; la tête se pencha; la gueule s'ouvrit et les paupières se fermèrent en partie. Peu de temps après la saignée, il y eut une évacuation de matières fécales, et au bout de dix minutes, une évacuation d'urine; les pupilles étaient dilatées; le pouls descendit à 93 pulsations et la température à 34° cent. Après trois mouvemens respiratoires très-précipités, on observa une inspiration profonde suivie d'une expiration tout aussi profonde, accomplie par une forte contraction des muscles abdominaux. Avant la saignée, les battemens du cœur étaient fort distincts; ils devinrent très faibles après l'opération; mais au bout d'une demi-heure, ils revinrent à leur état primitif.

A une heure du matin, le chien refusa de prendre du lait ainsi que du pain et du beurre, et paraissait triste. La température était à 29° cent., le pouls à 120 et les inspirations à 24; les oreilles étaient fraîches, et le ventre très-relaché.

Le 5 novembre, à 9 heures du matin, on trouva l'animal mort. Les membres paraissaient évidemment avoir été le siége de mouvemens convulsifs; le cerveau était tout-à-fait exsangue; le sinus longitudinal vide, et les ventricules sans aucun épanchement. Les poumons étaient pâles et sans

œdème; dans le côté gauche du cœur, on trouva un peu de sang très-rouge. L'estomac et les intestins étaient pâles et exsangues.

Ce chien avait perdu 32 onces de sang, à différentes fois, savoir : 16, puis deux fois 8 onces, à un jour d'intervallle.

Les phénomènes qui se sont manifestés après la dernière saignée, ne semblaient pas de nature à faire soupçonner que l'animal ne pourrait pas en revenir; aussi, dit l'auteur, je fus très-étonné de sa mort, et je reconnus combien il est difficile d'apprécier le danger qui suit les pertes de sang.

Exp. IIe — On choisit pour cette expérience, un basset, âgé de 2 ans, pesant 16 livres, maigre et très-vif; pouls 120, inspirations 30, température 37° cent.

On tira 11 onces de sang de la veine jugulaire externe. Pendant l'écoulement du sang, les yeux devinrent ternes et se fermèrent à moitié; le chien paraissait fatigué et comme asssoupi; il marchait les pattes écartées et sa démarche était chancelante. Tels étaient les seuls symptômes de syncope que présentât l'animal, encore ces symptômes étaient-ils faibles et ne survinrent-ils que lentement. La saignée avait été faite avec beaucoup de précautions.

Le lendemain matin, l'animal était toujours triste, et pour cette raison, on n'osa pas renouveler la saignée.

Le matin du jour suivant, 8 novembre, il avait repris sa vivacité; et dans la soirée, il présentait les phénomènes suivans: pouls 160; inspirations 30, température 38° cent.; les battemens du cœur s'accompagnaient d'un sifflement particulier.

On ouvrit alors la veine jugulaire externe, et on laissa couler 5 onces et demie de sang. Ce liquide, quelque temps après, fournit 3 onces de sérum et 2 onces et demie de caillot. Le sang jaillit d'abord; dans l'espace d'une demie-minute, l'animal inclina la tête sur la poitrine, ferma les yeux, resta immobile et soupira profondément; il n'y avait

pas de nausées. Le pouls descendit à 108 pulsations, les inspirations à 20 et la température à 36° cent.; les battemens du cœur étaient insensibles. Au bout de deux minutes, le pouls monta à 116 et les inspirations à 22. L'effet produit par cette seconde soustraction de sang, était beaucoup plus marqué que la veille, quoique la quantité tirée ne fût que la moitié.

A 11 heures et demie, dans la nuit, les inspirations étaient à 22, le pouls à 128 et la température à 36°, 5 cent.; le cœur et les artères présentaient des battemens très-précipités. Le chien prenait du lait avec indifférence, et refusait tout-à-fait le pain.

A 10 heures du matin, le lendemain, la température était encore à 36°, les inspirations à 22 et le pouls à 140.

A 7 heures du soir, le pouls avait monté à 160 et même variait de 160 à 180; la moindre excitation suffisait pour l'accélérer; les battemens du cœur étaient rapides, accompagnés d'un certain sifflement; les pulsations des artères présentaient le même phénomène, et on les sentait dans plusieurs petites branches telles que la maxillaire et la labiale dans lesquelles elles ne sont ordinairement pas perceptibles; la carotide et la fémorale offraient des mouvemens pulsatifs très-forts. En tenant la tête de l'animal entre les deux mains, on y sentait un battement général.

Dans cet état de l'animal, on répéta les expériences faites précédemment sur l'influence de la position sur les mouvemens du cœur; et on observa que dans cet état de réaction, la position ne produisit aucun des effets qu'on avait remarqués dans les expériences précédentes.

Le jour suivant, le 10 novembre, à 8 heures du soir, l'état de l'animal était le même; la température était à 38°.

Le 11 novembre, à 7 heures du soir, le pouls et les battemens du cœur étaient à-peu-près les mêmes que les deux jours précédens; le cœur battait 144 fois par minute et avec le même bruit de lime qu'on avait déjà remarqué.

La température était à 37°,5. On examina les bruits du cœur, en tenant l'animal suspendu par les pattes de devant et par celles de derrière, sans remarquer de différence bien notable dans les deux positions. On ouvrit alors la jugulaire externe; le sang coula par un petit jet; on le laissa couler jusqu'à ce que l'animal poussât un soupir, alors on ferma tout de suite l'ouverture de la veine. La quantité retirée pesait 3 onces et un quart, qui fournit, au bout de 24 heures, 1 once trois quarts de sérum et 1 once et trois huitièmes de coagulum.

Après la saignée, le pouls changea de 96 à 108; la température descendit à 37°; les inspirations étaient au nombre de 28 environ, mais irrégulières. Au bout de vingt minutes, le pouls s'éleva à 160 et le sifflement déjà indiqué se faisait entendre aussi fort qu'auparavant. A ce moment, on examina encore l'effet des positions droite et renversée; dans la première, les bruits du cœur devinrent très-faibles, et il survint d'autres symptômes de syncope; dans la seconde, ils se rétablirent instantanément; mais peu de temps après ils s'affaiblirent de nouveau. Cet effet était probablement dû à la fatigue ou à la gêne de la respiration. D'ailleurs ces phénomènes n'étaient pas, à beaucoup près, aussi marqués que dans les autres expériences dans lesquelles un état plus complet de syncope avait eu lieu.

L'animal placé sur la table, on observa que ses yeux étaient brillans, et les pupilles contractiles. Il paraissait abattu et n'avait pas la force de soutenir sa tête; d'ailleurs oreilles froides; température 36°, 6 cent.; respiration difficile et suspirieuse; relâchement du sphincter de l'anus, avec évacuation de flatuosités.

Par le moyen de cette dernière émission de sang, la réaction qui existait précédemment cessa, sans aucun signe de syncope, signes qui ne se manifestaient que quand on suspendait l'animal par les pattes de devant. Cependant la réaction se rétablit bientôt, et les mouvemens saccadés du cœur et des artères devinrent très-remarquables.

Le 12 novembre, l'animal avait repris sa vivacité et ne montrait aucun indice de malaise; pouls de 150 à 160; température 37° cent.; les pulsations des artères étaient plus saccadées, et le bruit de lime qui accompagnait celles du cœur plus marqué; les oreilles et les pattes étaient fraîches; enfin il n'y avait point de phénomènes morbides autres que les pulsations saccadées du cœur et des artères.

Le 13 novembre, pouls 132; inspirations 32; température 37° cent.; pointe des oreilles un peu froide; pouls un peu moins saccadé; bruit de lime du cœur aussi distinct que jamais, mais la force de l'impulsion semble diminuée.

On tira alors quatre onces trois-quarts de sang de la veine jugulaire externe; et au bout de 24 heures, cette quantité s'était divisée en 3 onces et demie de sérum et en 1 once et demie de coagulum. L'animal tomba à terre. Le cœur ne donnait plus le bruit de lime, et le premier et le second sont étaient devenus très-distincts; le pouls tomba à 108 pulsations; les inspirations à 24, et la température à 37° 5; l'animal paraissait triste, abattu et refusait la viande. A 11 heures du soir, il reprit sa vivacité, et mangea de la viande et du pain trempé dans du lait. Les inspirations étaient à 28; le pouls à 150, et la température à 35° 5.

Le 14 novembre, à sept heures du soir, pouls 152; inspirations, 30; température, 37°. L'animal était très-vif et mangeait avec avidité. En conséquence, on le saigna de nouveau, et on tira 4 onces de sang; ce liquide fournit quelque temps après 2 onces et trois-quarts de sérum, et une once et un quart de coagulun. L'animal respirait alors avec une grande difficulté et poussait des soupirs fréquens; il tomba à terre et resta immobile, les yeux à moitié fermés. Les inspirations étaient à 26, le pouls à 108, et les bruits du cœur très-affaiblis. Au bout de cinq minutes, le chien parut se rétablir, et il prit de la viande avec avidité.

Le 15 novembre, à sept heures du soir, le pouls était

vibrant et donnait 160 pulsations; le bruit de scie du cœur était aussi fort qu'auparavant; inspirations 24, température 37°. On tira encore 4 onces et un quart de sang, qui fournit 3 onces de sérum et une once et un quart de coagulum. Après cette nouvelle saignée les inspirations s'élevèrent à 28, le pouls devint lent, mais il s'accéléra graduellement, et le bruit de scie du cœur qui avait cessé, revint peu-à-peu : l'animal mangea de la viande.

Dans cette dernière expérience, l'animal parut s'affaisser très-promptement, et les autres phénomènes de syncope étaient même beaucoup moins marqués qu'à la suite des saignées précédentes.

Le 16 novembre, le pouls variait de 152 à 168, et la respiration de 24 à 28. La température était de 37°. La pointe des oreilles était fraîche, les battemens du cœur s'accompagnaient du bruit de scie. On tira encore 3 onces et trois-quarts de sang, qui donna 2 onces et trois-quarts de sérum et une once de coagulum. Cinq minutes après la saignée, l'animal reprit sa gaîté, et mangea de la viande avec avidité. Le pouls était à 156, les inspirations à 30, et la température à 37°. On pesa l'animal dans ces circonstances; on trouva qu'il avait gagné une demi-livre!

Le 17 novembre, à sept heures du soir, le pouls était à 158, les inspirations à 24, et la température à 37°; le bruit du cœur était le même, et les oreilles fraîches. On pratiqua une autre saignée, et on laissa couler le sang jusqu'à ce que l'animal commençât à soupirer profondément; alors on ferma la veine. La quantité de sang soustraite était de 3 onces et un quart, qui se divisa en 2 onces et un quart de sérum et une once de coagulum. Le pouls tomba à 100, les inspirations à 20, et la température à 35° 5. Le bruit du cœur persistait. A dix heures du soir, le pouls était extrêmement fréquent, l'animal paraissait plus abattu qu'avant; il prenait des alimens, mais avec moins d'avidité qu'à l'ordinaire.

Le 18 novembre, à sept heures du soir, pouls à 160 et saccadé, inspirations 24, température 57°; bruit du cœur comme auparavant ; l'animal paraît plus languissant et triste. On tira encore 2 onces et demie de sang, qui fournit une once et trois-quarts de sérum, et en trois-quarts d'une once de coagulum. L'animal pencha la tête et tomba à terre sans souffler ; il resta immobile et roulé sur lui-même pendant quelque temps. Pouls, 132; bruit du cœur plus faible.

Le 19 novembre, l'animal paraissait plus abattu qu'à l'ordinaire; pouls, 168; bruit du cœur persistant; inspirations, 24; température, 37°. On fit une nouvelle saignée de 2 onces un gros et demi, et le sang fournit une once 5 gros et demi de sérum, et un demi-gros de coagulum. La respiration devint un peu laborieuse, le pouls faible donnait 132 pulsations; la température tomba à 36° 6. Les inspirations étaient au nombre de 20, et plus profondes; le bruit du cœur continuait. On pesa le chien de nouveau, et on trouva qu'il avait perdu deux livres depuis le 16. Les symptômes de réaction étaient moins marqués.

Le 20 novembre, pouls à-peu-près à 180, et très-vibrant; bruit du cœur encore plus remarquable que précédemment; inspirations, 22, et température, 37° 5. Le battement des carotides se faisait sentir très-distinctement, la tête était penchée, et l'animal restait immobile. On observa que la conjonctive était un peu enflammée : l'appétit cependant était encore bon. On tira alors 6 onces et trois-quarts de sang, qui fournit 4 onces et 5 gros de sérum, et 2 onces et un gros de coagulum.

Le pouls devint plus plein pendant l'écoulement du sang, et l'animal soupira profondément. Peu de temps après le pouls ne marquait plus que 120 pulsations par minute; les inspirations étaient à 22, profondes et diaphragmatiques, et la température à 35° 5. Les paupières étaient un peu fermées, et les pupilles plus contractées qu'à l'ordinaire.

A minuit, cinq heures après la saignée, le pouls avait augmenté de fréquence et variait entre 160 et 216. Les inspirations étaient à 22, profondes et régulières, et la température à 35° 5. Les yeux ne pouvaient supporter la lumière; les pupilles étaient très-contractées; une matière muqueuse semblable à une fausse membrane couvrait en partie les cornées, particulièrement celle du côté droit qui avait un peu perdu de sa transparence. Le pouls conservait toujours le caractère indiqué ci-dessus, et le cœur son bruissement particulier. L'animal prenait encore un peu de viande délicate, mais il refusait celle qu'il avait mangée avec assez d'avidité peu de temps avant. La démarche était chancelante. Les poils étaient hérissés et paraissaient roides et durs, surtout à la partie antérieure de la tête. Le lendemain matin, ce chien était toujours triste et restait couché dans son coin. Les yeux étaient presque toujours fermés; les cornées paraissaient un peu opaques et recouvertes de mucus, particulièrement celle de l'œil droit; les pupilles étaient contractées, les yeux tournés du côté opposé à la lumière. Pouls, 180; inspirations, 24; température, 36° 6; pointe du nez chaude et sèche. L'animal était faible et amaigri; il mangea du mouton très-tendre, mais avec dégoût. En le pesant le soir, on trouva qu'il avait perdu dix onces. Il paraissait évident que les symptômes d'affaissement, état que l'auteur désirait beaucoup observer, commençaient à se manifester.

Le 22 novembre, à sept heures du soir, pouls 150, inspirations 24, température 37°; cornée droite encore plus opaque.

On saigna l'animal et on tira 6 onces et 5 gros de sang, qui donna 4 onces et demie de sérum et 2 onces et 1 gros de caillot solide, mais dépourvu de couenne. Pendant l'écoulement du sang, les symptômes restèrent les mêmes; mais bientôt le pouls tomba à 128; les inspirations devenaient profondes et accompagnées de soupirs; on eu comp-

tait 24 dans une minute. La température descendit à 35° 5.

Dans cet état de choses, l'animal restait abattu et couché par terre. Il n'y avait point d'évacuations alvines ni d'envies de vomir. Mais peu de temps après, ces évacuations se manifestèrent, la respiration devînt laborieuse et l'animal parut près de mourir, et en effet la mort survint.

Voici les phénomènes dont elle s'accompagna : la lèvre inférieure était pendante; l'animal faisait entendre un gémissement particulier; l'angle de la gueule était agité de mouvemens convulsifs; une des pattes était fléchie par une action spasmodique; on trouva de la difficulté à séparer les dents, et il y avait raideur des membres. La respiration était de plus en plus profonde et laborieuse; l'inspiration se faisait par une forte contraction du diaphragme, et l'expiration par celle des muscles abdominaux. Enfin, la respiration s'embarassa tout-à-fait, et les mouvemens d'inspiration ne se firent plus qu'à de longs intervalles et avec efforts. Enfin, après quelques efforts pénibles d'inspirations, à des intervalles très-éloignées, la respiration cessa tout-à-fait. Cependant, on entendit encore, pendant plusieurs minutes, lecœur ba ttre avec fréquence.

L'examen cadavérique eut lieu immédiatement. Le cerveau, à l'extérieur, était décoloré. Il y avait une quantité assez considérable de fluide épanché entre la dure-mère et la pie-mère, et même dans les ventricules. Le sinus longitudinal contenait un peu de sang; le plexus choroïde et les autres vaisseaux offraient une coloration d'un rouge vif. La substance du cerveau était pâle et ne présentait pas la moindre apparence de points rouges dans les endroits divisés par le scalpel.

Le ventricule droit du cœur était rempli de sang, d'une teinte veineuse; le ventricule gauche, au contraire, était entièrement vide. L'aorte contenait du sang en assez grande quantité. Les poumons étaient extrêmement pâles. Un peu de fluide suintait des tubes bronchiques, quand on faisait

des incisions dans sa substance. L'estomac et les intestins étaient décolorés; le mésentère était traversé par des vaisseaux d'une couleur rouge foncée; la rate petite, dense et plus pâle que dans l'état naturel; la cornée de l'œil droit un peu opaque, et la conjonctive sans ulcération.

Ce chien, de très-petite taille, avait perdu, en différentes fois, 56 3/4 onces de sang. Dans cette expérience, dit M. Hall, nous avons encore été frappés de l'extrême difficulté de déterminer avec exactitude la quantité de sang qu'on peut tirer sans danger pour la vie, lorsqu'on n'a pas d'indice certain qui puisse servir de guide; indice qui nous manquait dans cette circonstance. Ce guide existe pour l'homme et pour le cheval; c'est l'effet de la position qui ne laisse aucun doute sur le résultat de la perte de sang. Les chiens, en effet, sous l'influence de la saignée, tombent toujours, et leur position devient presque horizontale; ce qui retarde beaucoup l'apparition de la syncope. L'homme et le cheval, au contraire, conservent une position verticale, et la syncope qui se manifeste plus tôt, avertit que la quantité de sang soustraite ne doit pas être portée plus loin.

Dans la première expérience, on a pu étudier tous les symptômes de la syncope, et dans celle que nous venons de détailler, ceux de la réaction et ceux qui précèdent et accompagnent la mort. Il restait à observer les phénomènes de l'affaissement graduel; mais les efforts que l'expérimentateur a faits pour produire cet état, ont toujours été infructueux. Cependant, dit-il, les expériences précédentes fournissent plusieurs faits qui viennent confirmer quelques-uns des phénomènes que nous avions eu occasion d'observer auparavant.

Expérience III. — Le 9 novembre, un chien métis, pesant 17 livres, âgé de 2 ans, gras et d'une disposition triste et lourde, fut saigné à la veine jugulaire externe; on tira 8 onces de sang; à peine cette quantité s'était-elle écoulée, que l'animal commença à soupirer profondément; il parut

très-abattu; les yeux à moitié fermés, la tête pendante sur la poitrine; en même temps, la respiration devint accélérée et laborieuse. On le suspendit alors par les pieds de devant, la tête étant tenue élevée. Au bout de deux minutes, il devint tout haletant, ouvrit la gueule et ferma les yeux à moitié; les pupilles se dilatèrent, et la tête tomba sur la poitrine. En appliquant alors l'oreille sur la région du cœur, on ne put entendre les battemens du cœur. On tint alors l'animal suspendu par les pattes de derrière, et aussitôt les battemens du cœur se firent entendre distinctement, et les symptômes de syncope disparurent.

Ce changement de position, répété deux fois, donna les mêmes résultats, mais un peu moins marqués. Après l'expérience, l'animal resta triste et languissant, et on eut beaucoup de peine à lui faire manger du pain trempé dans du lait.

Le lendemain, on le saigna encore jusqu'à commencement de syncope; il s'écoula dix onces de sang; l'animal poussait de profonds soupirs à mesure que le sang sortait; il penchait la tête; il la laissa tomber sur la poitrine, et la respiration devint laborieuse. Quand on le suspendit par les pattes de devant, il haletait, la respiration devint difficile; les yeux offrirent des mouvemens convulsifs, la gueule s'ouvrit et les lèvres devinrent pendantes; les battemens du cœur étaient perceptibles. Suspendu par les pattes de derrière, il se ranima un peu; les battemens du cœur devinrent distincts, mais ils restèrent faibles, inégaux et intermittens. Il était alors évident que l'animal ne pouvait se rétablir. Couché sur la table, les membres et le tronc éprouvèrent des mouvemens convulsifs, la respiration se faisait avec des efforts pénibles; les battemens du cœur restèrent toujours très-perceptibles à l'oreille, pendant plusieurs minutes après la dernière inspiration.

On trouva le cerveau dans un état parfaitement naturel, ni pâle, ni coloré de sang; les ventricules ne contenaient

pas de liquide épanché. Le côté droit du cœur était rempli d'une grande quantité de sang de couleur foncée; le côté gauche était complètement vide. Les poumons, l'estomac et les intestins, n'offraient pas de pâleur remarquable. Ce chien avait perdu 18 onces de sang en tout, et présenta les phénomènes remarquables de dissolution causée par le seul effet de la position.

Expérience IV. — Le 13 novembre, un chien métis, âgé de 18 mois, bien nourri, fort et gai, pesant 20 livres, fut saigné jusqu'à ce qu'il commençât à soupirer. On tira 10 onces et demie de sang qui, au bout de 24 heures, donna 4 onces de sérum et 6 et demie de coagulum. Avant la saignée, la respiration était à 23, le pouls de 116 à 120, et la température de 37° 7. Pendant que le sang coulait, l'animal soupira profondément, puis devint inquiet. A ce moment, la respiration s'accéléra et devint un peu bruyante dans les narines; on observa ensuite de l'inquiétude, des efforts de résistance et quelques cris plaintifs; le sphincter de l'anus se relâcha et donna issue aux gaz de matières fécales. Le pouls était à 120, les inspirations à 46 et la température à 34° 4. On ne put lui faire manger de la viande. A 11 heures du soir, quatre heures après la saignée, l'animal paraissait parfaitement rétabli.

Le jour suivant, 14 novembre, on le saigna de nouveau à sept heures du soir, et on tira 9 onces de sang qui, au bout de 24 heures, fournit 4 onces de sérum et 5 onces de coagulum. Pendant que le sang coulait, il soupirait et faisait des efforts de résistance comme précédemment. Il devint ensuite languissant et se laissa tomber; la respiration était très-difficile, et il refusait de manger de la viande. Dans la nuit, il parut tout-à-fait rétabli.

Le 15 novembre, à sept heures du soir, le chien paraissait gai, et avait manifesté un grand appétit, pendant toute la journée. Le pouls était à 156 et la température à 36° 6. On tira encore 9 onces de sang, qui fournit 5 onces de

sérum laiteux et 4 de coagulum. Pendant que le sang coulait, l'animal commença à crier et faire des efforts pour s'échapper; ensuite il tomba et devint haletant. Après l'opération, il resta couché par terre; les matières contenues dans le rectum s'échappèrent, et il refusa de prendre de la viande. Le cœur battait avec le bruit de scie déjà indiqué. Au bout de dix minutes, il paraissait encore plus abattu; il fut alors pris subitement d'un spasme opisthotonique du cou, et de mouvemens spasmodiques des pattes de devant, et enfin il paraissait sur le point de mourir. On lui donna un peu d'alcohol étendu d'eau. Peu de temps après, il commença à gémir, à crier et à aboyer; il vomit et parut soulagé. On lui administra la même potion, au bout d'une demi-heure, et il parut plus tranquille; après quelque temps, il vomit quelques portions d'os. Cependant, quelques instans après, il tomba dans un état d'affaissement; la respiration cessa, mais les pulsations du cœur étaient encore visibles entre les côtes; on les sentait et on les entendait distinctement, en appliquant l'oreille à la poitrine; le pouls resta en outre perceptible dans l'artère fémorale, pendant plusieurs minutes.

En examinant le cadavre, on trouva le cerveau un peu plus blanc que dans l'état normal; plusieurs des vaisseaux sanguins contenaient du sang d'une couleur vermeille. Le sinus longitudinal était presque vide; le plexus choroïde était un peu moins coloré que dans l'état naturel, et il n'y avait pas d'épanchement dans les ventricules. Le côté droit du cœur contenait une petite quantité de sang, mais il y en avait en abondance dans le côté gauche. Les poumons étaient parfaitement sains; l'estomac et les intestins un peu pâles et remplis d'alimens. On remarquait beaucoup de graisse.

Ce chien perdit 28 onces et demie de sang par les trois saignées. La proportion du sérum au caillot, dans les trois cas, était comme 4 : 6 et demie; comme 4 : 5, et comme 5 : 4.

Expérience V. — 24 novembre 1830.

Date des saignées.	Quantités de sang tirées.	Sérum.	Caillot.
24 nov.	12 ½ onces. . .	4 ½ onces. . .	8 onces.
26.	7 ¼.	5 ¾.	3 ½
27.	9 ½.	5 ¼.	4 ¼
	29 ¼		

Le sujet de cette expérience était un épagneul, maigre, âgé de 15 mois environ, qui pesait 19 livres; sa température était de 37° 5. La première saignée fut faite lentement. Pendant l'opération, il se laissa tomber et devint haletant. Quand on le suspendit par les pattes de devant, la tête en haut, les battemens du cœur cessèrent de se faire entendre, et il y avait une légère palpitation; mais quand on le plaça dans la position inverse, les mouvemens du cœur devinrent très-distincts, et la palpitation cessa.

Le 24 novembre, le pouls était à 120, et la température à 37°. On pratiqua la seconde saignée. La respiration s'accéléra et s'accompagna de soupirs; elle s'exécutait principalement par le diaphragme. L'animal était inquiet. Le pouls tomba à 98, et s'éleva ensuite à 188. Comme le sang coulait librement, les symptômes de syncope furent plus évidens que le jour précédent.

Le lendemain, 27 novembre, le pouls était à 150, et un peu vibrant. L'impulsion du cœur était forte et bruyante, et la température à 37° 5. On fit alors la troisième saignée.

Dans le premier moment, l'animal tomba; on remarqua que la respiration était accélérée. Le pouls tomba à 88, et un peu de temps après à 72. Il y avait alors des soupirs, mais peu profonds. Peu de temps après, le pouls s'éleva à 80. Les mouvemens du cœur étaient forts. La respiration continuait à être profonde et accompagnée de soupirs. L'animal restait abattu; il y eut évacuation d'urine, mais pas de matières fécales; l'animal refusait la viande la plus délicate. Dans ces circonstances, les membres de-

vinrent froids. On versa une tasse de lait chaud dans la gueule du chien, il ne fut pas vomi; on pratiqua des frictions sur les extrémités et sur le tronc. A onze heures du soir, trois heures après la saignée, l'animal était toujours dans un état d'extrême faiblesse; les oreilles et les pattes étaient froides; le pouls à 144, et était, ainsi que les battemens du cœur, un peu vibrant. Les inspirations étaient de 12 à 13, profondes et hautes. La température dans la gueule à 30° 5°, et à 31° 5° sous l'aisselle. L'animal chancelait beaucoup, et pouvait à peine se tenir sur ses pattes. On lui donna deux tasses de soupe chaude; on le frictionna bien pendant une heure, jusqu'à ce que les oreilles et les pattes devinssent très-chaudes; on le plaça alors sur un tapis devant le feu. A une heure du matin, le pouls était un peu moins fréquent; ses pulsations, ainsi que celles du cœur, n'étaient pas tout-à-fait dépourvues de force; la respiration était profonde, thorachique, régulière; elle était très-différente de celle qu'on observe dans l'état de syncope, ou légère ou grave. L'œil était clair; l'animal levait la tête de temps en temps. Enfin, le lendemain matin, on le trouva mort.

Le cerveau était complètement décoloré. Il n'y avait pas la moindre trace de liquide entre les membranes ni dans les ventricules. Un très-petit nombre des vaisseaux contenait du sang. Le plexus choroïde était pâle. La protubérance annulaire seulement offrait quelques points rouges quand on la divisait avec le scalpel. Le côté gauche du cœur contenait beaucoup de sang; mais il y en avait très-peu dans le côté droit. En incisant et en comprimant les poumons, on faisait sortir une petite quantité d'écume muqueuse des bronches divisées. L'estomac et les intestins étaient pâles. La rate était petite et compacte.

Expérience VI. — L'animal choisi pour cette expérience était un basset noir, âgé de 18 mois, et pesant deux livres et demie; la température entre les gencives et les dents était

de 37°5. Les quantités de sang tirées à différentes reprises et celle du sérum et du caillot qu'il fournit sont indiquées dans le tableau suivant.

Date des saignées.	Quantités de sang.		Sérum.		Caillot.	
	onces.	gr.	onces.	gr.	onces.	gr.
23 nov.	11	0	4	4	6	4
24	3	6	2	0	1	6
29	8	3	4	5	3	6
2 déc.	5	2	3	0	2	2
4	4	3	2	4	1	7
6	5	1	5	3	1	7
8	4	2	2	4	1	6
9	5	5	3	3	2	2
11	6	1	4	0	2	1
15	8	2	4	1	2	1
18	9	5	7	0	2	5
26 jours.	69	6				

Les résultats des quatre premières saignées furent absolument les mêmes que dans les expériences précédentes. Mais le 4 décembre, jour de la cinquième saignée, on observa que la cornée de l'œil gauche était opaque, et la conjonctive vasculaire avec augmentation de la sécrétion muqueuse; le pouls était à 132 et dur; le cœur battait avec un bruissement considérable, qu'on entendait en y appliquant l'oreille; immédiatement après la saignée, le pouls monta à 180, et de plein qu'il était, il devint petit; le battement du cœur n'offrait plus le bruissement déjà mentionné, et ses deux sons se faisaient distinctement entendre; les inspirations étaient à 16, profondes, mais sans difficulté; l'animal marchait encore assez bien; il se coucha alors, et refusa de la viande; très-peu de temps après, il leva la tête et prit quelques alimens; le cœur offrit de nouveau son bruissement particulier. On maintint alors l'animal dans

une position tout-à-fait droite; les battemens du cœur devinrent faibles et très-fréquens.

Le 12 décembre, le pouls variait de 160 à 180; la respiration était profonde et accompagnée de soupirs; la température à 35°5. Dans la matinée du 13 décembre, le pouls était à 132 et petit; la respiration profonde, avec des soupirs, et fréquente eu égard à son caractère, c'est-à-dire qu'elle variait de 20 à 24. A huit heures du soir, le pouls était à 160 et plus plein; la température à 37°. A minuit, le pouls était à 150 sans vibrations; la respiration à 18, et très-profonde; le battement du cœur se faisait sans bruit, sans palpitation, et on l'entendait seulement dans la région cardiaque, et non pas dans toute l'étendue de la poitrine, comme dans le cas de réaction; la pointe du nez était sèche et chaude, les oreilles fraîches; cependant l'œil était brillant, et l'animal avait bon appétit.

Le 15, le pouls était à 156, et il avait repris sa dureté; on entendait les battemens du cœur dans une grande étendue de la poitrine; ils étaient accompagnés de beaucoup de bruissement. Les pulsations de la carotide étaient *visibles* dans la région du cou; les inspirations à 20, sans être profondes ni suspirieuses comme auparavant; la température était à 36°. L'animal était très gai; l'œil avait repris son aspect naturel.

Après la saignée du 15, le pouls s'éleva immédiatement à 192; on arrêta l'écoulement du sang aussitôt qu'on entendit le premier soupir; le pouls et le cœur conservèrent leur vibration; l'appétit se soutint, et l'état d'abattement ne se manifesta pas.

Le 16, le cœur battait avec bruit et dans une grande étendue de la poitrine; le pouls était à 32; la maigreur était extrême; l'animal pesait alors onze livres et demie. Le 18, après une autre saignée, le pouls était à 168, et il y avait grand abattement des forces et diminution de l'appétit.

On observa attentivement l'animal jusqu'à une heure du matin. Il n'était pas couché à plat; cependant sa respiration avait ce caractère particulier de profondeur accompagnée de soupirs, déjà mentionnée. Les battemens du cœur étaient à 144, sans vibration, et limités à la région cardiaque. Les oreilles et la gueule étaient froides, et le nez sec; il y avait un mouvement spasmodique des oreilles et de l'une des pattes. Il était impossible de faire prendre aucune nourriture à l'animal; mais il avala un peu d'eau et de potage qu'on lui versa dans la gueule.

A cette époque, on tint l'animal dans la position droite. On observa très-peu de changemens. Le cœur battait comme auparavant; cependant, au bout de dix minutes, le chien commença à souffrir de la fatigue, et alors on le coucha sur du foin doux. Le pouls tomba de 120 à 108, et ne reprit ni sa fréquence ni sa dureté première. On trouva l'animal mort le lendemain matin.

En examinant le cadavre, on remarqua que le cerveau était décoloré, mais qu'il n'y avait point d'épanchement; on apercevait quelques points rouges sur les surfaces divisées par le scalpel. Il y avait un peu d'emphysème au sommet des poumons, dont une portion était compacte et comme hépatisée. En incisant ces organes, il s'écoulait une grande quantité de liquide; et en examinant minutieusement les bronches, on y trouva beaucoup de fluide écumeux. L'estomac et les intestins étaient pâles sans être distendus. La rate était petite.

Expérience VII. — Le sujet de cette expérience fut un basset blanc, âgé de 15 mois et pesant 10 livres et demie; sa température était de 37°, 5. Les quantités de sang tirées à différentes reprises, sont indiquées dans la table suivante;

Date des saignées.	Quantité de sang.		Sérum.		Caillot.
	onces.	*gr.*	*onces.*	*gr.*	
Le 30 nov. .	5. . .	4. . .	1. . .	3	
1er déc.	7. . .	2. . .	2. . .	2	
3. . . .	3. . .	3. . .	2. . .	1	
4. . . .	2. . .	4. . .	1. . .	6	
6. . . .	3. . .	2. . .	1. . .	6	
8. . . .	3. (1)				
9. . . .	4. . .	4. . .	2. . .	4	
11. . . .	3. . .	4. . .	2. . .	0	
15. . . .	5. . .	4. . .	3. . .	0	
16. . . .	5. . .	0. . .	5. . .	4	
18. . . .	4. . .	6. . .	2. . .	1	
19 jours.	48. . .	1			

On n'observa rien de remarquable dans l'état de cet animal, jusqu'au 4 décembre, époque à laquelle les symptômes de réaction s'étaient tout-à-fait établis ; le pouls était à 160 et vibrant ; le cœur battait avec force et avec un bruit qui s'entendait dans plusieurs points de la poitrine ; les yeux étaient clairs ; pendant que le sang coulait, la respiration fut d'abord accompagnée de soupirs et devint ensuite diaphragmatique ; les mouvemens du cœur perdirent de leur force ; le bruit et les battemens diffus cessèrent ; les yeux devinrent languissans ; cependant l'animal prenait des alimens.

Le 10, le pouls était à 180, et le bruit du cœur vraiment extraordinaire. Après la saignée, le pouls descendit à 144, et un peu plus tard, à 120 ; l'animal soupirait profondement.

Le 11, le pouls s'était élevé de nouveau à 180 ; la temrature était de 37°, 4. On remarqua pour la première fois dans ces expériences, que le coagulum était couvert d'une

(1) Cette portion de sang fut envoyée à M. Prout (sans être touchée) pour qu'il l'examinât.

légère couche de couenne qui s'étendait au delà de ses bords, de sorte qu'il en était environné.

Le 13, à minuit, le pouls était à 130, sans presque aucune vibration; la respiration était à 18, profonde et accompagnée de soupirs; il y avait de légers gémissemens; les battemens du cœur, qui avaient été diffus, devinrent limités à la région cardiaque, mais ils étaient accompagnés de bruit; la pointe du nez était sèche et chaude, et les oreilles un peu fraîches; l'animal paraissait triste et languissant; il cherchait le repos; cependant l'œil était brillant, et l'appétit se maintenait.

Le 15 décembre, l'animal était parfaitement rétabli; le pouls était à 160 et battait avec force; les mouvemens du cœur étaient accompagnés de beaucoup de bruit, et leur impulsion se faisait entendre sur une large surface de la poitrine; les pulsations de l'artère carotide étaient visibles au cou; la respiration était à 24; l'expiration haute, et la température à 37°, 4; l'animal était gai, avait les yeux clairs; le nez humide et frais; les oreilles fraîches et les poils hérissés; la maigreur était à son plus haut degré. Après une autre saignée, le pouls n'était plus qu'à 144; il y avait des soupirs légers; cependant l'animal ne refusait pas de prendre de la nourriture.

Le 16, le pouls s'abaissa de 172 à 144; les inspirations se réduisirent de 24 à 12, dans la minute; l'animal pesait alors 9 livres et demie.

Le 18, avant la saignée, le pouls était à 180, et à 128 après; les inspirations tombèrent de 18 à 12; elles étaient pleines et lentes.

A minuit, le chien continuait toujours à refuser de prendre de la nourriture; le pouls était à 144 et petit; les battemens du cœur n'étaient ni vibrans, ni diffus; la respiration était profonde, se faisait entendre dans les narines, et s'accompagnait d'un léger gémissement; les oreilles et l'intérieur de la gueule étaient froids; l'animal restait cou-

ché sur le ventre. On le trouva mort le lendemain matin.

En ouvrant le cadavre, on trouva le cerveau décoloré, mais sans être pointillé de rouge et sans aucune lésion ; les poumons étaient légèrement, mais distinctement emphysémateux, et en y faisant de larges incisions, on donnait issue à une petite quantité de sérosité; il y avait beaucoup de mucus mêlé d'écume dans les bronches. L'estomac et les intestins étaient pâles, sans être distendus. La rate était petite.

Ulcérations syphilitiques de l'avant-bras; observ. par M. GRAVES, *médecin de l'hôpital de Meath, comté de Dublin* (1).

Un homme se présenta à l'hôpital pour y être traité d'une maladie d'un caractère si singulier, qu'au premier abord, on avait peine à dire quelle était sa nature. Voici les symptômes principaux que présentait cette affection : le malade paraissait très-affaibli ; il n'avait eu depuis treize ans aucune atteinte de maladie vénérienne. Cependant deux ans avant son entrée à l'hôpital, il avait été soumis à un traitement mercuriel, pour une maladie du foie dont l'auteur n'indique pas la nature. L'usage du mercure détermina un ptyalisme excessif ; depuis ce temps, le malade n'avait jamais recouvré une santé parfaite, et il était tombé dans un état de marasme. Dans les premiers temps de la maladie dont il est actuellement atteint et que nous allons décrire, elle se manifesta par deux ou trois tumeurs formées sous les tégumens, en plusieurs endroits du corps. Ces tumeurs avaient leurs périodes d'apparition, d'accroissement et de maturation. Arrivées à cette dernière période, elles disparaissaient graduellement et étaient remplacées par d'autres du même genre. D'abord les tumeurs

(1) *The London Medical et Surgical Journal.* Février 1833.

d'une consistance assez solide, étaient mobiles sous les tégumens, sans aucune adhérence avec le tissu cellulaire; elles persistaient dans cet état jusqu'à ce qu'elles eussent acquis le volume d'un marron ou d'une petite pomme; alors elles changeaient de forme et s'applatissaient par la compression des parties voisines, particulièrement des os, et offraient une grande inégalité à leur surface. Ce changement à l'extérieur était accompagné d'une altération de la structure intime, et bientôt on observait, au centre de la tumeur, une mollesse avec fluctuation; la portion solide diminuait à mesure que le liquide s'accumulait; et au bout de quelque temps, la totalité de la substance se transformait en une masse de liquide puriforme. En même temps, la peau qui les recouvrait s'enflammait, adhérait aux tumeurs, et enfin s'ulcérait. Cependant l'évacuation du pus n'amenait pas, comme dans les cas d'abcès ordinaires, la prompte cicatrisation des bords de l'ouverture de la peau; au contraire, la tumeur, détruite par la suppuration, laissait à sa place une ulcération à surface irritable, couverte de granulations fongueuses et fournissant un liquide puriforme de mauvaise nature. Quoique l'irritabilité de la surface de l'ulcère fût très-grande, les tégumens qui l'avoisinaient n'étaient que peu enflammés; mais les bords de la plaie se creusaient, et l'ulcération finissait par détruire entièrement la substance primitive de la tumeur. Arrivée à cette période, la maladie n'allait pas plus loin; la destruction paraissait se borner à l'endroit où la tumeur avait d'abord pris naissance et aux tissus qui l'enveloppaient immédiatement. Alors commençait la cicatrisation. Elle se montrait d'abord dans un seul point de l'ulcère et donnait lieu à une cicatrice assez remarquable; d'abord la cicatrice était circulaire et lisse; mais à mesure qu'elle s'augmentait, elle prenait une forme irrégulière et sa surface se couvrait de rides. Le tégument de nouvelle formation était parsemé de portions blanches mêlées de points rougeâtres. Le mode de cicatrisation pa-

raît être le caractère pathognomonique de cette singulière maladie.

Les circonstances qui frappent le plus dans cette affection sont le long temps qui s'écoule depuis son apparition jusqu'à la maturité des tumeurs, qui n'a lieu quelquefois que le huitième, douzième et même quinzième mois; l'intensité de la douleur qui se fait sentir quelque temps après le début; cette douleur est d'abord bornée à la tumeur; la compression des parties voisines ne produit aucune sensation douloureuse, et les tégumens environnans ne sont ni sensibles ni enflammés. Le point où cette maladie se montre de préférence est le voisinage des os. Chez l'individu qui fait le sujet de cette observation, M. Graves a trouvé, lors de l'entrée du malade à l'hôpital, une ulcération ouverte à la partie externe de l'avant-bras, près du cubitus. Il existait aussi plusieurs cicatrices sur les extrémités supérieures et inférieures et sur le tronc, mais toutes se voyaient dans le voisinage des os. On remarquait des cicatrices du même genre, le long de la colonne vertébrale, près des apophyses épineuses, et enfin une autre sur l'épaule, près du scapulum. Cependant il y avait une tumeur à l'extérieur de la cuisse, qui n'était point en contact avec l'os, mais bien avec l'aponévrose *fascia lata.* D'après la situation de cette dernière, on aurait pu l'attribuer à des *nodus* du *fascia lata;* mais cette supposition tombe d'elle-même quand on fait attention que la tumeur (comme dans le cas dont il s'agit) glissait sur la surface de l'aponévrose, et ne présentait pas d'adhérences avec elle, du moins dans son point d'origine, bien qu'il en existât quelques légères vers son point de terminaison.

Il ne faut donc pas considérer cette maladie comme une affection ni des os ni du fascia lata. On ne peut arriver à son vrai diagnostic qu'en remontant aux circonstances commémoratives, et en se convainquant, par l'observation directe, de son développement isolé dans le tissu cellulaire sous-cutané.

M. Graves pense que l'existence de ces tumeurs doit être attribuée à une action morbide autre que l'inflammation. On ne peut pas non plus, continue l'auteur, prouver que ce soit des abcès chroniques, quoique ces tumeurs aient quelques points de ressemblance avec les abcès chroniques ou scrofuleux, appelés abcès froids; mais elles se distinguent de ces derniers en ce qu'il n'y a point de formation de matière dès le commencement. Elles en diffèrent aussi par leur mode de cicatrisation et par la cicatrice qui en résulte. De plus, si l'on examine l'état de santé des malades atteints de cette affection, on trouve qu'elle ne se manifeste guère que chez les personnes dont la constitution a été détériorée par l'action du mercure pris en excès.

Si, après deux ou trois mois d'existence, on ouvre une de ces tumeurs, l'incision ne donne issue à aucune matière purulente; mais elle est suivie d'un écoulement de sang assez considérable. Ces incisions sont souvent nécessitées par la douleur extrême que causent ces tumeurs. L'expérience paraît prouver que cette maladie peut être arrêtée dans sa marche par des incisions faites dès l'apparition des tumeurs. Du moment qu'on les aperçoit, et lorsqu'elles ont contracté des adhérences avec les parties voisines, l'indication est de les inciser sur-le-champ; du moins il ne pourrait y avoir aucun inconvénient dans ce procédé; car ces tumeurs sont entièrement isolées et recouvertes par une peau saine. Quant au traitement, si on ne trouve dans les ouvrages médicaux que très-peu de lumières sur ce point, il ne faut pas perdre de vue l'état particulier du malade résultant de l'usage du mercure; de là en effet dépend le seul mode de traitement rationnel; on conseille au malade une nourriture légère et adoucissante, et, s'il est possible, l'air de la campagne. On a aussi tiré beaucoup d'avantages de la décoction concentrée de salsepareille administrée régulièrement. L'acide nitrique étendu d'eau, et administré à hautes doses, exerce, suivant M. Graves, une action spécifique sur cette maladie.

D'autres médicamens, tels que l'arsenic, dont on a fait usage dans les cas ci-dessus indiqués, et le quinquina, produisent un effet avantageux, et paraissent hâter la guérison. A ce mode de traitement il est bon d'ajouter (d'après le docteur Kirby), le mercure lui-même, mais comme altérant et à très-faibles doses; on a remarqué qu'administré de cette manière, il produit de très-bons effets. Cependant il ne faut jamais le prescrire dans cette maladie que lorsque le malade a repris ses forces par l'usage des moyens déjà indiqués. La préparation mercurielle qu'on a donnée avec le plus grand avantage, est le *sirop végétal de Velnos*. Le traitement local des ulcérations est fort simple; il n'y a pas nécessité d'appliquer des sangsues sur la peau qui les avoisine; la surface de l'ulcère seule doit fixer l'attention du chirurgien. On la saupoudre avec l'oxyde rouge de mercure ou l'on applique la lotion noire (*black wash* (1)), ou un cataplasme de carotte qui hâte beaucoup la guérison. Il n'est pas non plus nécessaire d'appliquer des sangsues ni de vésicatoires sur les tumeurs, avant leur maturité, car ces moyens ne les empêchent pas de parcourir leurs différentes périodes.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Du réseau muqueux de la peau, et de l'albinisme; *par M. Jones, d'Édimbourg.* — Le réseau muqueux est cette partie de la peau qui est la source de la couleur de cette membrane. Dans la peau du nègre, chez qui il est le plus facile à examiner, on trouve que sa structure est composée d'une substance brune, renfermée entre deux couches d'une couleur blanche, nommées par Gaultier *tuniques albu-*

---

(1) ℞ Proto-chlorure de mercure........................ ʒ j;
Eau de chaux.................................... ℔ j.
M.

gènées interne et externe. Examinée à l'aide du microscope, cette substance présente une apparence réticulaire, qui cependant n'existe qu'à sa surface interne, et est seulement le résultat de l'impression des papilles du derme. Ce fait est bien évident dans la peau des cétacés, chez lesquels le réseau muqueux est très-épais, et présente, à sa surface interne seulement, une série d'impressions qui reçoivent les papilles très-grandes du derme. Ainsi l'apparence réticulée n'étant pas essentielle à son organisation, le nom de *réseau muqueux* peut très-bien être remplacé par celui de *couche pigmenteuse de la peau*. Chez le nègre, le réseau muqueux contient une grande quantité de matière colorante; elle est en moindre quantité chez le blanc, et chez les albinos elle n'existe pas du tout. « J'ai déjà démontré, dit M. Jones, dans le *Medical and Surgical Journal*, juillet 1833, que le pigment noir de l'œil se dépose dans une membrane d'une structure particulière, et dont le développement est dans un rapport direct avec la quantité de matière colorante qu'il contient. J'ai aussi démontré que chez l'animal albinos dans lequel on ne trouve point de matière colorante, la membrane est à son *minimum* de développement. Il en est de même à l'égard du *réseau muqueux* de la peau; il est très-développé chez les nègres, pas autant chez les blancs, et à son *minimum* chez les albinos. Les recherches modernes ont constaté que les différentes parties du corps des animaux subissent certains degrés de développement avant d'arriver à une complète maturité; il a été aussi prouvé que plusieurs des vices de conformation congénitaux observés chez les animaux, sont dus à un arrêt de leur développement. La même chose arrive pour l'albinismo, que je regarde comme causé par un arrêt dans le développement du *système pigmento-membraneux* du corps, et par lequel il devient incapable de sécréter la matière colorante. » (*The Lancet*, juillet 1833.)

Abstinence d'alimens pendant soixante-dix jours. — Un jeune homme studieux et mélancolique fut pris de symptômes dyspeptiques, comme : douleur aiguë dans l'estomac, sensation constante de chaleur interne, etc., pour lesquels il crut devoir s'imposer une sévère abstinence, espérant par ce moyen faire cesser ses souffrances. Il y a tout lieu de penser que la superstition entrait pour beaucoup dans cette résolution. Il se retira tout-à-coup de la société de ses amis, prit un logement dans une rue étroite, et mit à exécution son projet qui consistait à s'abstenir de tout aliment solide, et à se borner à humecter sa bouche de temps en temps avec de l'eau légèrement aromatisée avec le jus d'une orange. Après trois jours de cette abstinence, le besoin de nourriture, qui était d'abord extrêmement pénible, disparut complètement. Le jeune homme continua alors ses études et ses méditations sans autre inconvénient; il ne prenait aucun exercice; il dormait très-peu, passant la plus grande partie de la nuit à écrire; il

consommait une demi-pinte à une pinte d'eau par jour. Il persévéra dans ce genre d'existence avec fermeté pendant cinquante et un jours. Pendant les dix jours suivans les forces tombèrent rapidement; il ne put plus se lever de son lit. Jusque-là il s'était flatté que ses forces étaient soutenues naturellement, et il s'était livré à cette pensée avec l'espoir de voir succéder quelque grand événement à son abstinence extraordinaire; mais quand il se vit descendre vers le tombeau, ses illusions se dissipèrent rapidement. Dans ce moment, ses amis ayant découvert sa retraite, le décidèrent à se laisser soigner. Il se confia au docteur Willan, le soixante et unième jour de son jeûne. Alors il était émacié à un degré étonnant; les muscles de son visage étaient entièrement effacés; les pommettes étaient proéminentes; l'abdomen était fortement concave; les membres étaient réduits au moindre volume possible, et laissaient voir distinctement les éminences de leurs os. Son corps entier ressemblait à un squelette préparé, par la dessiccation de tout l'appareil musculaire en place. Son esprit s'était obscurci. Il avait entrepris de copier la Bible en tachygraphie (*in short-hand*), pendant sa retraite, et il avait exécuté cet ouvrage d'une manière très-exacte jusqu'au second livre des Rois, avec de courts argumens en tête de chaque chapitre. Il montra à son médecin plusieurs améliorations qu'il avait imaginées dans cette manière d'écrire, particulièrement dans les abréviations. Il avait aussi, avec beaucoup de soins, rapproché certains passages, analysé certaines parties des Écritures, en notant leur application dans diverses circonstances, et y ajoutant plusieurs observations. Le commencement de son travail annonçait beaucoup d'intelligence; mais la suite devenait de plus en plus obscure, et dégénérait enfin dans la plus complète confusion. — Le traitement adopté ne fut pas judicieux; on lui donna trop de nourriture; cependant, il parut d'abord reprendre de la force, de l'embonpoint et de la gaîté; mais la nuit du cinquième jour fut mauvaise. Le sixième jour, dès le matin, il perdit la mémoire, et devint complètement fou, en même temps le pouls augmenta de fréquence, la peau devint chaude, il eut des frissons. Il resta dans le même état, dormant à peine, mangeant très-peu, le pouls devenant de plus en plus faible et donnant 120 pulsations, la maigreur augmentant jusqu'au 11.e jour depuis le moment où il fut traité, et le 72.e de son abstinence. Il mourut entièrement épuisé. (*The Doctor*, 15 mai 1833.)

Pathologie.

Cas de délirium tremens; *obs. par M. J. Johnson, docteur-médecin.* — Dans la séance de la société médicale de Westminster, du 15 mars, M. le docteur J. Johnson a fait connaître plusieurs cas très-extraordinaires de *delirium tremens*, chez de jeunes demoiselles au-dessous de 20 ans. Il fut appelé dans une pension à quelque distance de Lon-

dres, pour voir cinq demoiselles attaquées de cette maladie, à un degré très-violent. Les symptômes étaient très-marqués, quoique ces jeunes personnes n'eussent jamais commis aucun excès de boisson. Les principaux symptômes étaient une insomnie opiniâtre; l'une des malades n'avait pas dormi depuis huit jours; des hallucinations; la rougeur et le brillant des yeux, la peau froide et visqueuse, et des mouvemens continuels des mains. M. Johnson assure qu'il n'avait jamais vu la maladie plus prononcée, même chez les plus grands ivrognes. Trois des jeunes demoiselles étaient restées à la pension, pendant les vacances, pour continuer leurs études, et il paraît qu'elles avaient travaillé très-assidûment. La maladie se manifesta subitement, lors du retour des autres écolières. Une des demoiselles avait eu ses règles trois jours avant l'invasion de la maladie. M. Johnson essaya premièrement l'emploi de l'opium, mais ce médicament ne fit qu'augmenter le mal. L'application du froid sur la tête, l'usage des moyens propres à calmer le système nerveux, une nourriture modérée, furent alors mis en usage et avec un succès complet. (*The Lancet*, 23 mars 1833.)

Rupture de l'artère basilaire; hémorrhagie interne mortelle; tubercules de la dure-mère et de l'arachnoïde; abcès du cervelet; *par le docteur W. Macléan.* — Watson, âgée de 80 ans, se plaignait depuis plusieurs années d'une violente céphalalgie continue, accompagnée de tintemens d'oreilles, de trouble de la vue, de vertiges fréquens et de confusion partielle des facultés intellectuelles. Quoique le mal de tête fut constant, elle avait en outre de temps en temps des douleurs lancinantes bien plus cruelles dans la tête, et elle était sujette à des frissons et à de la constipation. Elle avait suivi le traitement ordinairement employé en pareils cas : sangsues, vésicatoires, purgatifs, etc., mais avec un soulagement seulement momentané. Quelques jours avant sa mort, les symptômes s'aggravèrent; les vertiges étaient tels qu'elle ne pouvait marcher sans vaciller et presque tomber. Sa tête lui semblait si lourde qu'elle pouvait à peine la lever de dessus son oreiller. Dans une tentative qu'elle fit pour se lever, elle tomba en avant dans un état d'insensibilité complète. Respiration stertoreuse; pupilles dilatées; pouls opprimé, et tous les autres signes de compression du cerveau. La veine jugulaire fut ouverte immédiatement; on tira vingt onces de sang; la tête fut rasée, et un vésicatoire fut placé sur le crâne; malgré ces soins, elle mourut en peu de temps.

Autopsie. — La tête fut ouverte quatorze heures après la mort. Lorsqu'on enleva la calotte du crâne, il s'écoula environ quatre onces de sang épanché. La dure-mère et l'arachnoïde étaient épaissies et couvertes d'un grand nombre de tubercules d'environ la grosseur d'un pois; un de ces tubercules, gros comme une fève, était attaché à la faux de la dure-mère. Ces tubercules incisés présentaient une matière de la consistance du fromage. L'arachnoïde était tapissée par une couche de

lymphe coagulée. Tout le cerveau était extrêmement vasculaire; l'hémisphère droit était ramolli dans toute son étendue. Les ventricules latéraux étaient distendus par de la sérosité. Dans la substance du lobe droit du cervelet, il y avait un abcès renfermant deux onces de pus. L'artère basilaire était rompue, et la moelle alongée était recouverte d'une fausse-membrane. (*Glascow medical Journal*, janv. 1833.)

Altération de la moelle vertébrale; *destruction de la substance grise dans toute la région dorsale; paralysie du mouvement et du sentiment dans les membres inférieurs et du mouvement seul dans les supérieurs.* — *Obs. par M. Maisonneuve.* — La femme L., âgée de 30 ans, avait habituellement joui d'une bonne santé jusqu'en 1829. A cette époque, elle éprouva tout-à-coup, sans signes précurseurs ni symptômes concomittans, un affaiblissement remarquable des membres supérieurs et inférieurs. Elle pouvait cependant encore se traîner en s'aidant d'un bâton. Trois mois après, ce qui restait de myotilité dans les membres disparut. Il y eut résolution complète avec flaccidité. Force fut dès-lors à la malade de garder le lit. En 1831, à la paralysie du mouvement se joignit dans les membres supérieurs une paralysie du sentiment. Ce nouveau symptôme ne survint pas tout-à-coup comme les précédens : sa production fut lente et graduelle. Au milieu de ces phénomènes, les diverses fonctions ne cessèrent pas un instant de s'exécuter avec autant de régularité que dans l'état normal. Les facultés intellectuelles et les sens conservèrent toute leur intégrité. Cet état durait depuis trois ans, et bien que pendant ce temps la malade eût presque constamment gardé le lit, aucune complication n'était survenue. Une propreté extrême, une alimentation modérée, des évacuations sanguines répétées tous les mois, avaient suffi pour amener ce résultat. Vers les premiers jours de février 1833, la respiration devint pénible; il survint une toux légère sans expectoration. Le 6, un râle muqueux fort intense s'entendait dans les grosses bronches et dans la trachée. La face était rouge, la peau chaude et halitueuse, le pouls plein et vibrant, le cœur battait avec force; la langue, rouge sur ses bords et à sa pointe, était recouverte d'un enduit blanchâtre à son centre et à sa base. L'épigastre n'était pas douloureux; il n'y avait pas de diarrhée ni de vomissemens. Un gros d'oxyde blanc d'antimoine fut prescrit, il ne produisit aucun résultat. Le 8, la poitrine fut auscultée; on reconut une pneumonie circonscrite à la base de chacun des poumons; la région précordiale donnait à la percussion un son mat dans l'étendue de trois pouces carrés. On prescrivit encore un gros d'oxyde blanc d'antimoine. Le 9, le malade mourut. — *Autopsie.* — Poumons gorgés de sang. Induration rouge de trois pouces cubes à-peu-près, parsemée d'une multitude de petites granulations arrondies, dans le lobe inférieur de chaque poumon. Le tissu pulmonaire qui les entoure est friable, et laisse échapper quelques gouttelettes de pus quand on le

presse. 5 onces de sérosité citrine limpide dans le péricarde. Cœur un peu plus volumineux que dans l'état normal; parois du ventricule droit amincies : aucun rétrécissement aux orifices. Foie gorgé de sang. Un grand nombre de calculs dans la vésicule biliaire. La surface interne de l'estomac présente çà et là des plaques d'un rouge vif dans l'intervalle desquelles existe un pointillé nombreux. Ces plaques sont plus rapprochées du côté du pylore, et se prolongent dans toute l'étendue du duodénum. La muqueuse en ces points ne paraît pas ramollie. Sinus de la dure-mère et vaisseaux de la pie-mère pleins de sang. Cerveau fortement injecté : aucune autre altération dans tout l'encéphale. Sinus vertébraux gorgés de sang. Rien de particulier dans les membranes. Moelle libre, présentant dans toute la région dorsale un aplatissement anormal d'avant en arrière. Lorsqu'on la roule entre les doigts, on éprouve une sensation de vide semblable à celle que ferait éprouver un doigt de gant; enfin, quand on souffle par la partie supérieure, on produit un canal de 3 lignes de diamètre et de 8 pouces à-peu-près de longueur. Ce canal parait formé surtout aux dépens de la substance grise qui n'existe plus; il est traversé en tous sens par de nombreux filamens d'une ténuité extrême; ses parois ont une ligne d'épaisseur, et sont formées par la substance blanche, qui est condensée et plus ferme que dans l'état ordinaire. Au-dessus de l'origine de ce canal, au-dessous de l'entrecroisement des pyramides, la moelle est parfaitement saine ; à la partie inférieure, au contraire, elle est ramollie, réduite à une pulpe blanche dans l'étendue de deux pouces; mais le renflement lombaire conserve à-peu-près son aspect normal. Cependant sur la face antérieure, la substance médullaire est un peu altérée et adhérente à la membrane propre. (*Revue méd.*, juillet 1833.)

Phthisie produite par une arête de poisson dans la trachée-artère, et guérie quatre ans après, par son expulsion; *Obs. de M. Day.* — Le 15 août 1832, M. Day fut appelé près d'une dame âgée de 60 ans. Elle avait déjà consulté les plus célèbres médecins de Londres, mais sans aucun soulagement de sa maladie. Elle paraissait très-affaiblie et presque dans un état de marasme dépendant, à ce que l'on présumait, d'un catarrhe pulmonaire chronique. Il y avait expectoration muqueuse mêlée de pus, manque d'appétit, accompagné d'un haut degré d'irritabilité nerveuse; la malade refusait toute espèce d'alimens et disait qu'elle sentait quelque chose dans la gorge qui l'empêchait d'avaler. Sachant que presque tous les moyens avaient été mis en usage sans succès, M. Day essaya, en dernier ressort, l'inhalation d'iode, suivant la méthode du docteur Scudamore, moyen qu'il avait trouvé utile dans d'autres affections des voies aériennes. En même temps, il conseilla à la malade d'essayer de prendre quelque nourriture. Ce fut alors qu'elle l'informa que quatre ans auparavant, le

4 février 1828, elle avait avalé une arête de poisson, qui depuis était restée dans la gorge et qui probablement était la cause de tous les accidens qu'elle éprouvait. Quoique cette histoire lui parût manquer de vraisemblance, la précision avec laquelle la malade parlait de la date de l'accident, fixa l'attention de M. Day. Il l'assura que les moyens dont il allait se servir, auraient l'effet de faire expulser le corps étranger, s'il existait toujours dans la gorge. D'abord la malade refusa de prendre aucune nourriture; mais en lui représentant que cela était absolument nécessaire avant de commencer le traitement, elle consentit à prendre quelques alimens légers. Elle se trouva mieux le lendemain. En conséquence M. Day prescrivit, sans plus de délai, de commencer les inspirations d'iode à des doses plus fortes qu'on ne le fait généralement dans les premiers jours d'un traitement. La malade respira la vapeur d'iode pendant cinq minutes. Au bout de ce temps, elle fut prise d'une toux violente et de nausées. Elle répéta les inspirations dans la soirée; et quand M. Day revint le lendemain, il trouva la malade beaucoup mieux; elle lui présenta l'arête de poisson dont elle lui avait parlé, et que tous les autres médecins croyaient n'exister que dans son imagination. Elle lui expliqua que la seconde inspiration d'iode avait produit un effet plus violent que la première, et que dans un accès de toux très-violente, l'arête avait été crachée. C'était une portion de vertèbre longue de cinq seizièmes de pouce. La malade continua, pendant quelques jours encore à respirer l'iode, mais en quantité moindre; par ces moyens, la toux et l'expectoration cessèrent complètement; de sorte qu'au bout de trois semaines, tous les symptômes de catarrhe pulmonaire avaient disparu. (*Medical Gazette*, 9 mars 1833.)

Abcès du rein; *par le docteur W. Maclean.* — William Semple, âgé de 38 ans, domestique, d'une complexion misérable, consulta le docteur Maclean, le 22 août 1827, pour ce qu'il appelait une maladie du foie, qu'il avait depuis près de deux ans. Il se plaignait alors de nausées fréquentes, suivies de vomissemens bilieux. Langue sale, intestins paresseux; déjections de couleur argileuse; soif fatigante, peau chaude et sèche, pouls variant de 70 à 80. L'urine s'écoulait avec douleur, en très-petite quantité, et déposait un sédiment mucoso-purulent. Il éprouvait une sensation douloureuse dans la région du rein droit, et était fréquemment saisi de frissons dans tout le corps. Depuis quelque temps, il était tourmenté par une petite toux, suivie d'une expectoration purulente, et par des douleurs fréquentes dans diverses parties de la poitrine. Sa maladie avait commencé deux ans auparavant; il avait consulté plusieurs médecins et avait été saigné, purgé, et avait eu des vésicatoires. Il avait aussi pris beaucoup de mercure, mais sans avantage. On lui prescrivit la saignée, des purgatifs, des préparations avec l'opium et la digitale, et des frictions sur l'hypo-

chondre droit avec la pommade d'hydriodate de potasse. Les symptômes pectoraux furent soulagés; la dysurie, le dépôt de l'urine et la fièvre persistèrent. L'amaigrissement fit des progrès pendant l'hiver, et malgré quelques amendemens temporaires, la fièvre hectique et la diarrhée l'emportèrent, le 8 avril 1828.

On trouva des tubercules dans les poumons; dans celui du côté gauche était un abcès contenant quatre onces de pus; le foie était très-gros, induré, et offrait un grand nombre de petits ulcères à sa surface; la membrane muqueuse de l'estomac était épaissie; son orifice pylorique était contracté; le colon et le rectum étaient malades à un haut degré, l'auteur ne dit pas comment; le rein droit adhérait au péritoine, et contenait dans sa substance environ dix onces d'un liquide purulent; l'uretère était très-dilaté et ses parois épaissies; la vessie était contractée.

Les symptômes que, dans le cas précédent, on peut, avec apparence de raison, rapporter à la maladie du rein, sont la dysurie, le dépôt mucoso-purulent de l'urine, peut-être les frissons occasionels. Il y a peu de cas où le diagnostic soit sujet à plus d'erreurs que ceux des maladies du rein. D'abord, la douleur que l'on rapporte à l'urètre, est un symptôme assez fréquent de cette espèce de maladie. Le malade offre tous les symptômes de ce qu'on a appelé improprement *irritation de la vessie*; on soupçonne la présence d'un calcul, mais si l'on sonde, on ne trouve aucune pierre. Il y a des cas où l'on ne trouve aucun symptôme prédominant. Le malade a la fièvre hectique, des douleurs dans le dos attribuées à une maladie de la colonne vertébrale, ou à quelque désordre fonctionnel qui n'est pas bien déterminé. Soudain il est pris de symptômes typhoïdes et de coma, et il meurt. Dans tous ces cas on doit examiner l'urine avec soin; on la trouve ordinairement albumineuse et acide. Dans l'abcès du rein, l'urine contient fréquemment de l'albumine. (*Glascow Med. Journal*, janvier 1833.)

Issue de vers de diverses parties du corps. — *Obs. par le D.r C. Neilson, de Killala.* — John Alexander, âgé de dix ans, était depuis un an d'une santé fragile; quoique son appétit restât bon, cependant il maigrissait et perdait de ses forces. Une tumeur se forma sur l'épigastre, elle fut couverte de cataplasmes, et au bout de quelques jours elle creva et laissa sortir, avec environ deux onces de pus, un ver blanc long d'un demi-pouce. L'abcès fut guéri en peu de jours. Huit ou dix jours après, une seconde tumeur se développa à trois pouces de la première, sur le côté droit du thorax; elle creva au bout de quelques jours, et donna issue à un second ver. Quand le docteur Neilson vit cet enfant, c'est-à-dire, deux mois après l'issue du premier ver, il en avait rendu de la même manière cinq qui étaient tous semblables au premier, et vivaient peu d'heures après leur sortie; les tégumens de la joue et de l'œil du côté droit étaient très-gonflés, et au bout de

peu de jours il sortit un autre ver de la paupière supérieure. Plusieurs médicamens furent prescrits pendant un intervalle de six semaines ; mais la formation d'abcès en différens endroits du tronc et des extrémités continua, et une vingtaine de vers furent évacués, principalement du côté droit. Alors on administra deux grains de calomel tous les soirs jusqu'à salivation, et la convalescence parut s'établir promptement, soit par l'influence du mercure, soit que la *nichée* fut épuisée. Depuis trois mois l'enfant est bien, sa santé et ses forces sont complètement rétablies. Ces vers semblent être des ascarides. Jamais il n'en a été rendu par les selles qui ont toujours été normales. Une chose remarquable, c'est que l'on apercevait une ligne rouge d'un abcès à l'autre, mais seulement quand le dernier paraissait; le malade ne sentait aucune douleur dans la partie affectée, et n'éprouvait rien qui lui annonçât la formation d'un nouvel abcès avant qu'il ne fût visible. (*The Medico-chir. Review*, juillet 1833.)

Thérapeutique.

Anévrysme de l'artère carotide, guéri par la ligature d'après la méthode de Brasdor; *par le docteur Montgomery.* — Le malade était un nègre libre, grand, amaigri et affaibli. Il était atteint, depuis quelque temps, d'un anévrysme de la carotide gauche, avec toux fatigante, irritation de la trachée, expectoration de mucosités écumeuses, palpitations, grande anxiété et douleur fixe dans la tempe gauche. La tumeur battait fortement, était très-volumineuse, d'une forme à-peu-près triangulaire; sa base occupait les deux tiers de la portion sternale de la clavicule, et s'étendait à quatre pouces des os vers l'angle de la mâchoire, de telle sorte que le développement de la tumeur laissait très-peu de place pour opérer. On fit une incision d'un pouce et quart à travers les tégumens et le muscle peaucier; et l'on mit à nu le bord interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien, qui était considérablement déjeté de sa position normale; on le tint écarté, et l'on procéda à la dissection, qui fut rendue très-difficile par les vaisseaux et les nerfs qui se présentaient sous l'instrument, et par les mouvemens de la tête du patient, qu'on ne pouvait arrêter pendant deux minutes. On découvrit la gaîne des vaisseaux ; une veine de la grosseur d'une plume de coq, qui croisait la carotide, au niveau du bord supérieur du muscle omo-hyoïdien, limita l'espace pour le reste de l'opération. C'est pourquoi la gaîne fut ouverte avec soin dans l'étendue d'un demi pouce, et l'artère ayant été mise à nu, fut séparée de ses connexions. En plaçant le doigt sur cette artère, on ne sentait aucune pulsation. A l'aide d'une aiguille faite exprès pour ce cas, on plaça une ligature autour du vaisseau. La plaie fut ensuite fermée avec un point de suture et des agglutinatifs. Le malade était

très-affaibli. On lui donna un peu de vin et d'eau. Le quatrième jour, on renouvela le pansement; le malade allait bien; la douleur de la tempe avait disparu aussitôt après l'opération. La toux, les palpitations et les autres symptômes pénibles diminuaient graduellement; le volume de la tumeur avait diminué manifestement, et les pulsations n'y étaient plus sensibles; la plaie était en bonne voie de guérison.

Cette opération avait été entreprise dans des circonstances défavorables. Le malade avait la conviction qu'il mourrait en se soumettant à l'opération qui dura vingt-cinq minutes. (*The Lancette*, 29 juin 1833.)

Rétention d'urine causée par l'imperforation de la membrane hymen. — *Par le docteur Coley.* — Le 25 mars 1832, le docteur Coley fut appelé auprès d'une jeune femme de seize ans, qui souffrait depuis trois jours d'une rétention d'urine; son médecin avait été obligé d'introduire deux fois le cathéter pendant ce laps de temps. Cette maladie excitant beaucoup de craintes, le docteur Coley s'efforça d'en reconnaître la nature, afin de prescrire un traitement convenable. Il s'aperçut que la rétention d'urine était causée par l'imperforation de l'hymen, qui, en retenant complètement les menstrues, avait donné lieu à la compression et à l'oblitération du canal de l'urètre. L'orifice externe du méat urinaire était situé au fond d'un cul-de-sac, et la membrane hymen était tendue et légèrement proéminente. Lorsque la vessie fut vidée, le docteur Coley examina l'hypogastre, où il découvrit un développement considérable de l'utérus, qui avait une forme oblongue, et s'étendait presque jusqu'à l'ombilic. La partie inférieure de l'abdomen avait été augmentant de volume pendant les deux dernières années, et les mamelles étaient complètement développées; en un mot, elle semblait être à l'état de grossesse.

La malade étant placée sur le dos, le docteur Coley enfonça un scalpel à deux tranchans à travers la membrane hymen, qui était épaisse et dure. Il s'écoula environ quatre pintes d'un liquide semblable à du goudron. L'incision s'étendit depuis un point situé immédiatement au-dessous du méat urinaire, jusqu'au périnée, et put admettre deux doigts; on y introduisit un bourdonnet de charpie.

Avant que tout le liquide menstruel fut écoulé, la jeune malade devint *hystérique*; cet état dura quatre heures. L'écoulement cessa au bout de quelques jours; on introduisit une éponge pour tenir écartées les lèvres de la plaie, qui fut guérie le 16 avril. Les accès hystériques se renouvelèrent pendant quelques jours après la cicatrisation, puis survint une menstruation abondante après laquelle tous les symptômes hystériques disparurent complètement.

Le docteur Coley ajoute qu'il a vu plusieurs cas d'obstruction incomplète, dans lesquels il y avait une petite ouverture à la partie supé-

rieure de l'hymen, à travers laquelle une partie de l'urine était rejetée goutte à goutte ou par un petit filet, avec beaucoup de douleur, comme dans les cas de calculs vésicaux. Comme l'imperforation existe depuis la naissance, on s'en aperçoit ordinairement quand l'enfant a atteint l'âge de trois ou quatre ans. Dans tous ces cas, une simple incision procurait une guérison permanente. Quelquefois la membrane était double, quelquefois d'une consistance extraordinaire. (*Provincial Med. an Surg. Trans.*, vol. I.er)

Académie royale de Médecine.

Séance du 30 juillet. — PÉRICARDITE PRODUITE PAR L'INTRODUCTION D'UNE LONGUE AIGUILLE DANS LE VENTRICULE DROIT DU CŒUR. — *Observ. communiquée par M. le docteur Renauldin, et par M. Bouchet, élève interne à l'hôpital Beaujon.* — Un homme de 63 ans quitte son pays, et arrive, le 15 juin dernier, à Paris pour terminer, dit-il, quelques affaires d'intérêt. Bientôt on reconnaît qu'il est atteint de monomanie suicide; il écrit un billet pour annoncer qu'il mourra sous cinq ou six jours; il reste sept jours au lit sans prendre aucune nourriture, si ce n'est un peu d'eau rougie. Pendant une nuit, il s'entortille une corde autour du cou, et le lendemain il dit que des Sauvages ont voulu l'étrangler. Il est reçu à l'hôpital Beaujon le 8 juillet. A la visite, ses réponses sont lentes, embarrassées; mais il ne donne aucun des détails qui viennent d'être rapportés, ils ne furent recueillis qu'après sa mort. Il accuse seulement un *asthme* dans le thorax; il y a en effet de l'oppression; matité dans la poitrine en avant et à droite, et à gauche dans la région précordiale. Absence de la respiration aux mêmes lieux; il y a 27 respirations par minute, 129 pulsations au pouls, qui est dur, tendu, assez large. Le décubitus se fait d'abord à droite, ensuite à gauche. Sous l'influence de la diète et de boissons sudorifiques, l'oppression diminue beaucoup déjà; quelques alimens peuvent être donnés. Mais le 13.e jour, l'oppression augmente, le malade se lève sur son séant, prononce quelques mots entrecoupés, retombe sur son lit et meurt. — *Autopsie faite après 24 heures.* — Péricarde distendu par près de deux litres de liquide; le tissu de cette poche était épaissi par l'inflammation, sa surface intérieure était inégalement granulée, recouverte çà et là de couches albumineuses; le cœur y adhérait par la pointe, et dans l'épaisseur des parois de son ventricule droit et à la partie inférieure, était une aiguille longue de trois pouces, dirigée d'avant en arrière, de haut en bas et de gauche à droite, et qui avait paru être dans l'intérieur du ventricule. Il est bien probable

qu'elle avait été introduite par un des espaces intercostaux gauches, et cependant on ne peut découvrir aucune trace de cicatrice à la peau. Il est probable aussi que l'introduction de cette aiguille datait déjà de plusieurs semaines, de l'époque où le malade avait voulu s'étrangler. La péricardite aura été l'effet de cette aiguille qui irritait sans cesse la membrane par ses deux extrémités. Ce qui est étonnant, c'est que le malade n'ait accusé aucune douleur dans la partie. Si on avait extrait l'aiguille peu de temps après son introduction, probablement le malade aurait été arraché à la mort.

Amputation complète de la jambe gauche produite par une ligature circulaire permanente de ce membre; *observation communiquée par M. Delacoux.* — Un homme de 24 ans, occupé aux travaux des champs, est mordu par une vipère à la partie postérieure et inférieure de la jambe gauche. Le blessé, selon l'usage du pays (la Lithuanie), établit au-dessus de la morsure, à quatre pouces du bord inférieur de la rotule, une forte ligature, à l'aide d'une petite corde serrée par un bâtonnet. La ligature resta en place du 10 juin au 23 juillet, jour auquel s'effectua la chute du sphacèle; une forte hémorrhagie s'ensuivit; la plaie était oblique et donnait au moignon la forme d'un bec de flûte dont la plus grande longueur était dans le sens de la crête antérieure du tibia. Lavée et abstergée, on put reconnaître à cette plaie un commencement de cicatrisation aux tégumens; les parties circulaires étaient au contraire en pleine suppuration, et recouvertes de bourgeons charnus. Au tact on reconnut au centre des aspérités osseuses résultat de la solution de continuité de l'os; le péroné avait été frappé de mort dans presque toute sa longueur. Le membre détaché était entier et n'avait presque perdu qu'un tiers de son volume primitif. M. Delacoux, pour expliquer ce fait, rend compte de l'étroitesse du lien, du degré de striction qui lui avait été imprimé, de la disposition spongieuse du tibia au point de cet os où le lien avait été appliqué, de la moindre irritabilité des hommes du Nord, de l'âge encore tendre du malade. Il croit que le venin de la vipère a pu avoir part aussi à la stupéfaction organique et au sphacèle qu'a éprouvés le membre. — Commissaires pour faire un rapport sur cette observation, MM. Emery, Adelon et Sanson.

A quatre heures l'Académie est entrée en comité secret pour continuer la discussion relative à la convenance d'adopter un costume pour les membres. On dit que 31 membres ont voté pour l'adoption de la proposition, et 21 contre.

Séance du 6 août. — Choléra. — M. Rochoux mentionne deux gardes de santé qui, placés à bord de la *Melpomène*, ont été atteints du choléra : selon lui, ce fait ne peut être présenté comme preuve de la contagion; ces deux individus ont été atteints par suite de l'action des miasmes qui se développent fréquemment à bord des navires, et

leur mort est le résultat d'un empoisonnement miasmatique analogue à celui qui est produit par les émanations des fosses d'aisances. M. Lodibert objecte que le chimiste peut recueillir et analyser celles-ci, tandis qu'il ne peut rien sur les miasmes qui proviennent des corps vivans. M. Rochoux répond que la chimie ne peut pas plus sur les affluves des marais, dont l'action est cependant incontestable.

Cancer du cœur et des reins. *Observ. communiquée et lue par M. le docteur Renauldin.* — Une blanchisseuse âgée de 65 ans, malade depuis deux ans, entra à l'hôpital Beaujon le 16 mars ; elle est dans un état d'émaciation et de faiblesse, a le teint jaune, un peu de diarrhée, manque d'appétit et de sommeil, et porte au côté gauche de l'abdomen une tumeur dure, angulaire, douloureuse au toucher, que d'après son siège on attribue à un engorgement de la rate. Nulle altération dans la circulation et la sécrétion urinaire. Des applications de sangsues sur la tumeur, des boissons mucilagineuses, un régime sévère, procurent un soulagement notable pendant trois semaines. Cependant la tumeur augmente, et la douleur dont elle est le siège est si vive, qu'il faut recourir aux opiacés à l'intérieur et à l'extérieur ; la diarrhée persiste, et la malade succombe épuisée le 30 juillet. — *Nécropsie.* — Dans le ventricule gauche du cœur, tumeur carcinomateuse du volume d'une noix, surmontée à son sommet par plusieurs végétations verruqueuses analogues à celles qui sont le produit de la syphilis. La tumeur du ventre siégeait, non dans la rate, mais dans le rein gauche, qui a acquis le volume des deux poings, et qui présente la dégénération cancéreuse dans toute son épaisseur; la rate comprimée par ce rein est réduite au volume d'une petite noix. Il existe deux petites tumeurs carcinomateuses au rein droit et à l'utérus. Ce fait est curieux en ce que la circulation et la sécrétion urinaire n'ont pas été troublées pendant la vie, malgré l'existence de cancers dans le cœur et les reins.

Influence de la grossesse sur les maladies du cœur. *Mémoire de M. Maygrier, et lu par cet académicien.* — MM. Menières et Larcher, dans un mémoire publié dans les *Archives* en 1828, avaient rangé la grossesse parmi les causes propres à favoriser l'hypertrophie du cœur, et par suite à donner lieu à des attaques d'apoplexie. M. Maygrier combat cette assertion, et pense que les médecins et les accoucheurs ont trop souvent pris pour des attaques d'apoplexie chez des femmes en couche, de simples congestions cérébrales occasionnées par le seul fait des violentes contractions de la matrice, de la résistance des parties génitales, et des efforts impuissans de la femme. La grossesse, selon lui, est bien plus propre à guérir, retarder les progrès des diverses maladies, qu'à les provoquer. Ne la voit-on pas suspendre la marche de la phthisie pulmonaire, par exemple ; guérir certaines céphalalgies, des affections du foie, des engorgemens abdominaux, des

chloroses, etc.? M. Maygrier cite à l'appui de son opinion l'observation d'une femme qui paraissait morte apoplectique, et qui revint comme miraculeusement et même sans avoir besoin d'être saignée, par cela seul qu'on se hâta d'extraire l'enfant avec le forceps. — M. Rochoux, que M. Maygrier avait cité comme partageant l'opinion de MM. Menières et Larcher, annonce qu'il a au contraire émis toujours la même pensée que M. Maygrier.

Hermaphrodisme. *Mémoire de M. Castel.*—Ce médecin rappelle d'abord ce fait bien avéré, que jusqu'à présent on n'a observé dans l'espèce humaine et dans les espèces animales supérieures, aucun individu véritablement hermaphrodite, c'est-à-dire, ayant à-la-fois les deux sexes, et les deux sexes si parfaits qu'il pouvait à-la-fois féconder et concevoir. Ensuite, il établit que non seulement ce fait de l'hermaphrodisme ne s'est jamais présenté dans l'homme, mais qu'il ne se présentera jamais. Quelle que grande que soit la puissance de la nature, elle ne peut, selon lui, aller jusqu'à produire des organisations qui impliqueraient contradiction. Dans les animaux supérieurs et dans l'homme, en effet, la différence des sexes ne consiste pas seulement dans celle des organes générateurs proprement dits, mais elle porte plus ou moins sur tout l'ensemble de l'organisme, et celui-ci présente dans les deux sexes des dispositions qui sont jusqu'à un certain point exclusives les unes des autres. Dans l'homme et dans les animaux supérieurs, d'ailleurs, l'entretien et la transmission de la vie sont assujettis à des conditions trop multipliées, trop difficiles à accomplir, pour que les attributs de deux sexes se rencontrent dans un seul être. Si l'hermaphrodisme existe dans les végétaux, c'est que la reproduction chez ces êtres dépend uniquement des vaisseaux, résulte de la surabondance des sucs nutritifs et des influences atmosphériques. S'il s'observe dans les dernières classes des animaux, c'est qu'ici encore le système nerveux est presque nul, et que l'instinct borné qui préside à la reproduction ne peut être assimilé à une véritable volonté. Mais il ne peut en être ainsi dans les animaux supérieurs où la volonté prend rang parmi les actes de la reproduction; et l'on peut établir cette proposition générale, que, plus dans les animaux le rôle de l'instinct ou de la volonté est actif pour la génération, moins il y a de chances d'hermaphrodisme pour les êtres. Selon M. Castel, plus les organes génitaux diffèrent des autres appareils secréteurs et excréteurs, moins l'hermaphrodisme est possible.

M. Bouillaud se félicite de ce que l'observation d'un hermaphrodite humain incomplet qu'il a soumise il y a quelques mois à l'académie, a provoqué l'intéressante lecture que vient de faire M. Castel: il sollicite l'académie de se livrer à une discussion sur la question difficile de l'hermaphrodisme. — M. Adelon croit qu'il n'y a pas de mode de discussion autre que celui qui consiste, ou à présenter des cas d'hermaphro-

disme, ou à analyser les cas que possède déjà la science. Or, le prétendu hermaphrodisme humain n'est qu'une monstruosité des organes génitaux; toutes les monstruosités génitales qui ont été confondues sous ce nom se rapportent à quatre classes : des mâles dont les organes sexuels altérés simulaient l'appareil sexuel femelle ; des femelles dont les organes sexuels altérés simulaient l'appareil sexuel mâle ; des individus dont les organes sexuels étaient si rudimentaires qu'on ne savait à quel sexe les rapporter ; et enfin des individus qui présentaient à-la-fois des organes de l'un et l'autre sexes, mais jamais au point de perfection nécessaire pour qu'ils puissent à-la-fois féconder et concevoir. C'est ce que par abréviation on a appelé *hermaphrodite mâle*, *femelle*, *neutre et mixte*. Si, après avoir rattaché à l'une ou l'autre de ces quatre classes toutes les espèces d'hermaphrodisme qui se sont présentées déjà ou pourront se présenter encore, on veut remonter à leur cause, on arrivera toujours à cette conséquence que ces vices de conformation tiennent, ou à un arrêt de développement du fœtus, ou à une maladie éprouvée par cet être pendant la grossesse. Il est encore utile d'étudier les effets que ces vices de conformation des organes génitaux entraîneront, et sur la fonction de la génération en particulier, et sur les autres organes et sur les autres fonctions. Mais sous tous ces points de vue l'étude de l'hermaphrodisme ne lui semble pas pouvoir être faite dans une discussion académique ; elle réclame des efforts individuels, et il lui paraît que la discussion qu'appelle M. Bouillaud serait sans résultats. M. Bouillaud réplique, qu'au moins, sous le rapport de la médecine légale, la discussion serait utile, les exemples d'erreurs de sexe aux inscriptions des actes de l'état civil étant fréquens. M. Adelon répond que, même sous ce rapport, la discussion serait sans utilité ; toujours il se présentera des cas où la détermination du sexe, surtout dans les premiers jours de la naissance, sera non seulement difficile, mais impossible ; et la loi a fait tout ce qu'elle devait faire en prescrivant alors à l'officier de l'état civil d'inscrire sur l'acte de naissance *sexe non déterminé*.

M. Breschet pense comme M. Adelon sur l'inutilité de la discussion, et croit que, même parmi les cas cités d'hermaphrodisme mixte, beaucoup sont apocryphes : il cite entr'autres comme tel une pièce en cire qui est dans les cabinets de la Faculté à Paris, et à laquelle il sait que le mouleur a beaucoup ajouté.

Cyclopie. — M. Lacroix, élève interne de la Maternité, lit des considérations sur le *Nisus formativus*, à l'occasion d'un cas de cyclopie. — Nous reviendrons sur ce mémoire à l'occasion du rapport qui sera fait par MM. Ribes, Moreau et Baron.

Séance du 13 *août*. — Orthopédie. Difformités des membres. — Le ministre de l'instruction publique a renvoyé à l'examen de l'Académie divers appareils orthopédiques inventés par M. Millet, de Paris, pour

corriger les difformités des membres. M. Bricheteau, en son nom et au nom de M. Thillayo, fait un rapport sur ces appareils. Il rappelle que long-temps on n'employa en France, pour redresser les *pieds-bots*, que la machine pesante et compliquée de Scarpa. En 1813, M. d'Ivernois apporta de la Suisse l'appareil si simple connu sous le nom de *sabot de Venel*. Plus tard, ce même M. d'Ivernois ajouta à ce sabot un brodequin mécanique de son invention, destiné à abaisser le talon et à suppléer à l'action des muscles fléchisseurs du pied paralysé. Or, parmi les appareils présentés à l'Académie par M. le docteur Millet, se trouvent d'abord les deux précédens, mais auxquels il a fait subir d'utiles modifications; 1° il a supprimé dans le sabot de Venel, les deux coussins en croissant, qui exerçaient sur le tendon d'Achille une compression douloureuse trop souvent suivie d'ulcérations; 2° il a alongé le brodequin dont le bord antérieur et inférieur déterminait facilement des excoriations qui forçaient de suspendre le traitement; 3° il a aggrandi l'équerre, qui ainsi peut recevoir un coussin plus large, d'où il résulte que la pression exercée par le levier s'étend au coude-pied, et l'empêche de se soulever et de faire abandonner la planchette à la plante du pied; 4° jadis, la machine à ressort, destinée à remplacer les muscles fléchisseurs du pied paralysé, ne s'élevait que jusqu'au-dessous du genou où elle était fixée par une courroie; il en résultait que, quand avec une déviation du pied il existait un grand relâchement de l'articulation du genou, ce qui n'est pas rare, la jambe et le pied, quoique revenus à l'état normal, continuaient à se porter en-dedans pendant la marche. M. Millet a remédié à cet inconvénient, en prolongeant la tige jusqu'au milieu de la cuisse, ce qui maintient très-bien le pied dans une même ligne avec le genou, et ce qui de plus permet d'appliquer l'appareil au redressement des genoux cagneux; 5° enfin on reprochait justement à beaucoup de machines, à des machines employées contre les courbures du tibia, les demi-ankyloses du genou, et de causer de la douleur, de produire souvent des rougeurs érysipélateuses, des excoriations : les modifications imaginées par M. Millet tendent et souvent avec succès, à remédier à ces inconvéniens.

En outre, M. Millet présente deux appareils de son invention; l'un très-simple, destiné à effacer graduellement la saillie que forment en-dedans les genoux cagneux; l'autre, destiné à combattre la flexion permanente de la main par suite d'une maladie de l'articulation radio-carpienne.

Les commissaires ont suivi, pendant six mois, les applications de ces diverses machines sur les malades; et ils ont pû en constater les heureux résultats. Ils proposent à l'Académie de répondre au ministre que M. Millet mérite, pour ses travaux orthopédiques, les encouragemens de l'autorité. L'Académie adopte.

Naissance de fœtus monstrueux. — M. P. Dubois, en son nom et aux noms de MM. Ollivier, d'Angers, et Moreau, commence la lecture d'un rapport sur deux observations de fœtus monstrueux communiquées par les docteurs Montault et Nel. Nous reviendrons sur ce rapport, lorsque sa lecture sera terminée.

Séance du 20 août — Sphacèle et chute de la jambe, par suite d'une ligature. — M. Émery, en son nom et aux noms de MM. Adelon et Sanson, lit un rapport sur l'observation qu'a communiquée récemment à l'Académie M. Delacoux, touchant un paysan polonais, mordu par une vipère à la jambe, et chez lequel la jambe se sépara par suite d'une ligature placée au-dessus du genou. (*Voy.* ci-dessus l'observation dans le présent bulletin.) La commission pense que dans le cas rapporté par M. Delacoux, il eût été convenable de pratiquer l'amputation, pour obtenir une guérison plus solide, plus prompte et un moignon mieux conformé. C'est ce qu'a fait, en 1826, en Morée, M. Petitot, chirurgien-major, pour un cas tout-à-fait semblable, sur une jeune Grecque qui avait été aussi mordue à la jambe par un serpent, et chez laquelle la ligature par laquelle on avait cherché à prévenir l'absorption du venin, avait amené le sphacèle du membre.

Taille vésico-vaginale. — M. Velpeau, au nom de M. Philippe, de Reims, communique l'observation d'une femme qui portait dans la vessie un calcul volumineux et du poids de neuf onces et demie. Cette femme, étant grosse de trois mois, fut opérée par la section vésico-vaginale; la plaie se réduisit promptement aux dimensions d'une étroite fistule; la grossesse suivit son cours; l'accouchement se fit à l'époque ordinaire, et la dilatation des parties n'amena pas la déchirure de la fistule.

Toux vermineuse. *Mémoire de M. Delaroque* • *Rapport, au nom d'une commission, par M. Bousquet.* — Le mémoire de M. Delaroque contient quatre observations, dont voici la principale : Une demoiselle, de 12 ans, semble atteinte d'un rhume; malgré les moyens appropriés, la toux continue; il s'y joint un peu de fièvre. Le soir, perte d'appétit; sueur la nuit; amaigrissement; perte des forces; dans une consultation on diagnostiqua une phthisie au deuxième degré; et malgré l'emploi de vésicatoires, de cautères, le mal paraît s'aggraver. Un jour, la petite malade mange deux petits concombres en salade un peu vinaigrée; il en résulte des évacuations alvines dans lesquelles sont deux paquets de vers pelotonnés de la grosseur d'un œuf de poule, et de ce moment, la malade entre en convalescence et cesse de tousser. M. Delaroque a rapproché de cette observation trois autres assez semblables, et en déduit, contrairement à la doctrine physiologique, que la connaissance du siége du mal importe sans doute beaucoup en médecine, mais que la connaissance de la nature du mal est plus

prochainement utile encore pour la guérison. Dans les cas présens, à quoi servait de signaler le symptôme de la toux, si l'on eût méconnu la cause qui la produisait, la présence des vers.

FŒTUS MONSTRUEUX. — DÉBATS SUR LA PRÉFÉRENCE A ACCORDER A LA VERSION PAR LA TÊTE OU A LA VERSION PAR LES PIEDS. — M. P. Dubois continue la lecture du rapport qu'il avait commencé dans la séance précédente. — MM. les docteurs Montaut et Nel avaient successivement présenté à l'Académie deux observations d'accouchemens laborieux, dans lesquels les fœtus avaient une monstruosité qui consistait dans une absence partielle des parois abdominales et thoraciques. Dans l'observation de M. Nel, la présentation de l'enfant était vicieuse, la région antérieure et latérale droite du tronc se présentait au détroit abdominal, le bras droit était sorti et paraissait à la vulve, et l'on chercha, mais en vain, à effectuer la version par la tête. M. P. Dubois croit, à cause de cela, devoir discuter d'abord dans son rapport le mérite comparatif de la version par la tête et de la version par les pieds, question souvent agitée en Alsace et en Allemagne, et négligée jusqu'alors par l'école de Paris.

Jusqu'à la fin du 16e siècle, on conseilla universellement, dans l'art des accouchemens, de ramener la tête à l'orifice de l'utérus, non seulement dans les présentations du tronc, mais même dans celles de l'extrémité pelvienne. Ce n'est qu'alors que la version par les pieds commença à être conseillée, et ce n'est qu'au commencement du 18e siècle qu'elle fut généralement adoptée. Mais au commencement de ce siècle, un professeur de l'école de Strabourg, M. Flamant proposa de revenir à la version sur la tête, et il a été appuyé par plusieurs accoucheurs allemands. Pour justifier cette préférence, on fit valoir, que dans la présentation de la tête, la compression produite par l'orifice utérin est sans effets nuisibles sur les organes contenus dans le crâne, et laisse intacts les rapports circulatoires établis entre le fœtus et la mère ; tandis que dans les présentations par les pieds, les organes thoraciques et abdominaux sont plus exposés à une compression funeste ; et de plus, il se fait un refoulement des fluides vers les parties supérieures, d'où résulte une congestion cérébrale souvent mortelle. On remarque que, tandis qu'il ne naît qu'un enfant mort sur vingt accouchemens qui se font par la tête, il en naît quatre morts sur le même nombre d'accouchemens se faisant par les pieds. On soutint enfin, que toutes les fois que le fœtus jouit dans la cavité utérine d'une assez grande mobilité, il y a autant de facilité à effectuer la version sur la tête que celle sur les pieds.

M. P. Dubois discute d'abord chacune de ces considérations présentées en faveur de la version céphalique.

1° Il est bien vrai que dans les présentations par l'extrémité pelvienne les viscères thoraciques et abdominaux sont plus comprimés que dans

les présentations par la tête ; mais on a certainement exagéré les effets de cette compression, et en preuve, M. Dubois cite deux cas dans lesquels l'enfant présentant l'épaule sortit en double, et dans lesquels, bien que le tronc se soit engagé avec la tête, les organes thoraciques et abdominaux n'étaient ni lacérés ni contus : dans un de ces cas même, la grossesse était double; l'accouchement se fit par une déchirure du périnée, et les deux enfans naquirent vivans et survécurent. M. P. Dubois nie aussi le prétendu refoulement des fluides vers les parties supérieures dans les accouchemens par les pieds, ainsi que les congestions cérébrales que l'on dit en résulter. Pour que ce refoulement eût lieu, il faudrait, selon lui, que la contraction de l'orifice utérin fût permanente, que l'arrêt qu'elle entraîne dans la circulation s'étendît jusqu'aux troncs artériels eux-mêmes, et qu'enfin les parties de l'enfant contenues dans l'utérus fussent soumises à une pression moindre que celles qu'éprouvent les parties déjà sorties. Or, aucune de ces conditions n'existe ; et même il est sûr que les parties sorties de l'utérus éprouvent une compression moins forte que celles qui y sont contenues; ce qui explique pourquoi c'est dans celles-là que le sang afflue et produit des engorgemens. Ne sait-on pas que dans les présentations du bras, le bras sorti se gonfle, se tuméfie considérablement par cela seul qu'il est moins comprimé que le reste du fœtus? Il est bien vrai que dans les enfans qui succombent dans l'accouchement par l'extrémité pelvienne, on trouve fréquemment des congestions viscérales; mais celles-ci, selon M. P. Dubois, tiennent, non au refoulement indiqué, mais à la compression qu'éprouve en ces cas le cordon ombilical. Cette compression, dit M. P. Dubois, est une des causes qui rend l'accouchement par les pieds plus souvent funeste que celui par la tête ; l'enfant, privé de ses rapports circulatoires avec sa mère, périt comme asphyxié; l'asphyxie à laquelle il succombe ressemble, ou à *l'asphyxie par suffocation* de l'adulte, s'il ne peut effectuer aucun effort de respiration, ou à *l'asphyxie par submersion*, si les efforts respirateurs pouvant être effectués s'appliquent à l'eau de l'amnios mêlée ou non de méconium, et la font pénétrer dans les bronches; et dans l'un et l'autre cas il est naturel de retrouver dans les organes du fœtus les lésions spéciales de l'asphyxie ; savoir, l'afflux apoplectique du sang vers la tête, la plénitude de l'appareil veineux cérébral, et toutes les congestions sanguines viscérales.

2.° En ce qui regarde l'argument déduit de ce que, sur 20 enfans nés par les pieds, 4 arrivent morts, tandis que sur le même nombre d'enfans venant par la tête, il n'en naît qu'un de mort, M. Dubois remarque qu'on aurait dû ne pas comprendre dans les tables les enfans évidemment morts pendant la grossesse et avant que le travail de l'accouchement ne s'établît, et ceux nés bien avant terme et trop peu développés pour pouvoir naître vivans. Voici de nouvelles tables qu'il

fournit d'après ces bases : Du 1.er juin 1829 au 1.er juin 1833, 10,724 enfans sont nés à l'hospice de la Maternité, dont 10,262 par le sommet de la tête, 391 par l'extrémité pelvienne, 59 présentant une région du tronc, 30 la face. Sur les 10,262 présentant le sommet de la tête, 9,867 étaient à terme, et 395 ne l'étaient pas. Les 9,867 peuvent être réduits à 9,837, car 30 étaient évidemment morts depuis longtemps quand l'accouchement a commencé. Les 395 non à terme doivent être réduits à 278, car 83 étaient aussi morts dès longtemps, car ils sont arrivés putréfiés, et 34 étaient évidemment trop peu développés pour être considérés comme aptes à arriver vivans. Sur les 9,837, 191 sont nés morts, ce qui fait à-peu-près 1 mort sur 51 ou 52; et sur les 278, 48 sont nés morts, ce qui fait une proportion d'un sur 5 ou 6. Des 391 enfans nés par l'extrémité pelvienne, 238 étaient nés à terme, et 153 nés prématurément. Des premiers il faut retrancher 7 morts avant l'accouchement; sur les 231 restans, 21 sont nés morts, ce qui fait 1 mort sur 11. Des 153 fœtus nés avant terme, il faut retrancher 63 qui évidemment étaient morts pendant la grossesse, et 30 évidemment trop jeunes pour arriver vivans : le nombre est donc réduit à 60, sur lesquels 10 sont nés morts, ce qui fait 1 sur 6. Ainsi, les fœtus résistent d'autant mieux aux fatigues de l'accouchement qu'ils sont à terme et se présentent par la tête d'abord, puis par l'extrémité pelvienne, et qu'enfin les chances les moins favorables sont pour ceux qui ne sont pas à terme, quelle que soit l'extrémité ou céphalique ou pelvienne par laquelle ils arrivent. M. P. Dubois fait remarquer combien les résultats en chiffres eussent été différens, si on n'eût pas défalqué d'abord, et les enfans évidemment morts pendant la grossesse, et ceux nés trop peu développés pour pouvoir arriver vivans. Relativement aux 10,262 enfans nés par le sommet, on aurait eu 386 morts, ce qui établit un mort sur 25 vivans, tandis qu'on a vu que c'était 1 seulement sur 51; et sur les 391 enfans nés par l'extrémité pelvienne, on aurait eu 134 morts, ce qui aurait fait un mort contre 2 vivans, tandis qu'on a vu que la proportion était de un mort sur 11 vivans.

3.° Enfin, il est vrai qu'en quelques cas il est possible, et même facile, de ramener la tête de l'enfant à l'entrée du bassin; à tort M.me Lachapelle l'a contesté; M. P. Dubois l'a fait lui-même dans des présentations de l'épaule, et il en rapporte deux observations. Mais cet accoucheur pense que cette manœuvre offre toujours plus de difficultés que la version sur les pieds, et devient impossible si le liquide amniotique est depuis longtemps écoulé, et si la matrice est fortement contractée, tandis que dans ces cas la version par les pieds est toujours pratiquable. On a vu que sur les 10,724 enfans nés en quatre ans à l'hospice de la Maternité, 59 présentaient une région du tronc; dans deux cas on a fait la version par la tête; dans un troisième, l'expulsion se fit par l'épaule, mais l'enfant n'étant pas à terme, et

était ramolli par la putréfaction ; dans les 56 autres cas on fit la version par les pieds. Or, sur ces 59 enfans, 32 naquirent morts ou moururent bientôt, et 27 seulement survécurent. M. P. Dubois se demande si on eût sauvé plus d'enfans en agissant par la version céphalique, et il répond négativement. En effet, dans 17 de ces 59 accouchemens, la version sur la tête était impossible, les eaux étaient depuis long-temps écoulées, la matrice fortement contractée, un bras et le cordon ombilical faisant procidence, etc. Sur les 42 cas restans, il y eu avait 7 où les enfans étaient putréfiés et évidemment morts avant le travail: un avait succombé pendant le travail même à une hémorrhagie très-abondante ; 4 enfin avaient moins de sept mois, et n'étaient pas aptes à arriver vivans. Des 30 restans, il faut en défalquer 7 encore qui n'étaient pas à terme, et dont 4 cependant ont survécu. Resteut donc 23 cas, dans lesquels on employa une fois la version par la tête, et 21 fois celle par les pieds, et 19 enfans survécurent. Or, pouvait-on espérer un résultat plus heureux par la version par la tête ? C'est ce que ne croit pas M. Dubois.

M. P. Dubois termine son rapport par deux observations intéressantes dans lesquelles l'enfant étant évidemment mort, il dût avoir recours, pour terminer l'accouchement, à l'embryotomie, et le fit avec succès. Il nie à cette occasion que la striction exercée par le col utérin sur un bras sorti, puisse jamais en opérer le sphacèle véritable : celui-ci no peut, selon lui, être la suite que de la mort de l'enfant et de sa mort déjà ancienne ; et conséquemment il s'élève contre la pratique de la mutilation de l'enfant, sur le seul aspect des altérations que présente le bras sorti ; ces altérations, si l'enfant est vivant, ne sont jamais qu'une tuméfaction qui se résout après l'accouchement avec la plus grande facilité. Il remet à une prochaine lecture à déduire, des faits présentés par MM. les docteurs Montault et Nel, des conséquences relatives à l'histoire physiologique des monstruosités.

Académie royale des Sciences.

Séance du 22 juillet. — MORTALITÉ DANS LES ARMÉES. — M. Mageudie fait en son nom et celui de M. Duméril un rapport sur un mémoire de M. Benoiston de Chateauneuf, relatif à la mortalité dans l'armée française. M. Morozzo, un des derniers présidens de l'Académie de Turin, avait fait sur ce sujet, pour l'armée piémontaise, des recherches publiées long-temps après sa mort (en 1830), et dont le résultat est que la mortalité dans l'armée, en temps de paix, était de beaucoup supérieure à celle qu'on observe parmi les hommes de même âge non

appartenant au service militaire. De 1775 à 1791, la mortalité de l'armée piémontaise était, pour l'infanterie, trois fois plus forte que celle d'une population quelconque. M. Benoiston de Chateauneuf a repris ces recherches pour la France, et est arrivé à des résultats peu différens. Pour établir la base de ses calculs, il prend l'armee française dans les années pacifiques de la restauration, de 1820 à 1826, formant un total de 803,231 hommes. Dans ce total ne sont pas compris les officiers, la cavalerie, l'artillerie, le génie, la gendarmerie et la maison du roi. L'auteur en retranche, comme se trouvant dans des conditions exceptionnelles, les régimens coloniaux et les hommes évacués de l'armée d'Espagne sur les hôpitaux de France, dont la mortalité fut très-considérable. Ces retranchemens réduisent l'armée à 718,994. Or, durant la période dont nous parlons, le chiffre des décès s'est élevé à 14,112, c'est-à-dire qu'il a été de 1,96 pour 100. Dans cette réunion d'hommes, tous les individus ne sont pas dans des conditions identiques, et il importait de considérer isolément les différentes classes. M. Benoiston les a trouvés distribués ainsi : sous-officiers, 24,370 ; décès, 266. — Tambours, 3,910 ; décès, 34. — Musiciens, 920 ; décès, 14. — Maîtres ouvriers et prévôts, 370 ; décès, 2. — Soldats et enfans de troupe, 90,230 ; décès, 2,034. Ainsi, le soldat, (y compris les enfans de troupe) offre une mortalité annuelle de 22, 54[100 pour cent, tandis que le sous-officier n'a pour lui que la moitié de la même chance. M. Benoiston de Chateauneuf attribue cette grande mortalité, 1° à la nostalgie ou mal du pays, mal qui fait d'autant plus de ravage que les nouveaux devoirs imposés au soldat le privent plus complètement de sa liberté ; 2° aux maladies syphilitiques, maladies dont auraient été presque complètement exempts tous les individus que la conscription prend au fond des campagnes ; 3° l'insuffisance de la nourriture : la livre et demie de pain fournie par l'état à chaque soldat n'est pas assez pour beaucoup d'entre eux, et la viande qu'ils achètent avec leur prêt ne fait guère plus de trois onces par jour pour chaque homme ; 4° enfin les duels. M. Benoiston de Châteauneuf fait remarquer que la mortalité dans le bagne de Brest, à la vérité le plus sain de tous, est moindre que celle qui s'observe dans l'armée parmi les simples soldats.

Plusieurs membres font remarquer à cette occasion que si la mortalité est moindre chez ces hommes, ce n'est pas que leur régime alimentaire soit meilleur, ou que la discipline à laquelle ils sont soumis soit moins sévère. M. Poisson fait remarquer qu'il est impossible de déduire aucune loi de la comparaison de nombres aussi disproportionnés entre eux que le sont ceux des individus composant l'armée d'une part, et le bagne de l'autre. Il montre que, malgré tout le zèle qu'a pu apporter M. Benoiston de Châteauneuf à avoir des relevés exacts, ses résultats ne peuvent inspirer une très-grande confiance ; la question était beaucoup plus compliquée que l'auteur ne l'a soupçonné, et sa solution exi-

geait tout autre chose qu'un simple rapprochement de chiffres obtenus dans le dépouillement d'un petit nombre d'années.

Séance du 30 *juillet.* — MONSTRUOSITÉ PAR DIPLOGÉNÈSE. — M. le docteur Scoutetten adresse de Metz une observation de monstruosité chez deux enfans de sexe féminin accolés par le tronc. Ces enfans sont nés à Salembach (Bas-Rhin), le 26 juillet 1833. Leur mère, Catherine Rey, femme de 30 ans, robuste et bien constituée, n'a éprouvé pendant l'accouchement rien de remarquable, et ne se rappelle aucun accident survenu pendant sa grossesse. Des deux enfans, l'un est bien formé; l'autre est absolument acéphale; le premier a été baptisé sous le nom de Catherine Rey. Catherine, jusqu'au moment où elle a été examinée par M. Scoutetten (11 juillet 1833), a joui d'une bonne santé. Elle a toujours été nourrie par sa mère. Elle est vive, gaie, prend le sein avec avidité, et mange à-peu-près le double d'un enfant ordinaire de son âge. Sa taille est maintenant de deux pieds moins un pouce. Elle n'a pas encore de dents, mais tout annonce qu'elle en aura bientôt. Le sommeil est excellent; la coloration de la peau est bonne, mais les chairs sont molles; elles sont très-sensiblement moins fermes que celles de l'enfant acéphale. L'ombilic est bien formé, il adhérait à un cordon unique comme le placenta. L'enfant acéphale a onze pouces de long. Il adhère par la base de la poitrine et la moitié supérieure de la paroi antérieure de l'abdomen aux parties correspondantes de sa sœur. On ne lui voit point d'ombilic, et ce n'est qu'immédiatement au-dessus du point où cette partie devrait exister, que le tronc s'isole complètement du tronc de l'autre enfant. Les extrémités inférieures sont bien développées, surtout les cuisses; les chairs sont fermes; les jambes et les pieds sont grêles; les articulations raides et à demi-ankylosées. Les membres supérieurs sont beaucoup moins développés que les inférieurs; celui du côté droit est atrophié, et la main n'a que quatre doigts presque ankylosés. Le membre gauche est mieux formé; la main est complète, mais les doigts ont encore une raideur très-sensible. La colonne vertébrale est fortement déviée à droite; elle cesse subitement à la hauteur des épaules. Toutes les vertèbres du cou manquent, à l'exception peut-être de la septième. A cette terminaison supérieure correspond une cicatrice bien marquée, arrondie, et large de quatre lignes environ. L'anus manque complètement; à cela près, l'extrémité inférieure du tronc n'offre rien de particulier. Au moment de l'accouchement, l'enfant acéphale n'était pas plus gros que le poing et ne dépassait pas le nombril de son congénère. Il s'est développé en prenant un accroissement égal au moins à celui de l'enfant bien conformé. Les parens n'ont jamais remarqué chez l'acéphale aucun mouvement spontané, mais il arrive souvent que l'autre enfant joue avec les membres de sa sœur. Quoique les mouvemens des muscles de la vie

animale ne se soient jamais manifestés, les muscles de la vie organique agissent sensiblement, car la vessie se contracte et l'urine est expulsée avec une grande force. Le moment de cette émission est habituellement différent pour les deux sœurs. M. Scoutetten a cherché à reconnaître, au moyen du stéthoscope, s'il y avait un cœur pour chaque corps; mais il n'a pu parvenir à constater la duplicité de cet organe. La sensibilité de l'enfant acéphale est au moins très-obscure; une fois pourtant on a vu la sœur bien conformée, pousser un cri, quand on pinçait fortement la peau de l'acéphale.

Le monstre qui fait le sujet de cette observation, rentre dans la classe des *hétéradelphes* de M. Geoffroy-Saint-Hilaire. On connaît déjà un grand nombre de cas semblables. M. Scoutetten se trompe en disant que c'est le seul monstre double à tête unique qui ait vécu. D'autres hétéradelphes vivans ont été observés, et il en est né un dans le faubourg Saint-Antoine, qui a vécu quelques années, et qui, peut-être encore en ce moment, parcourt les provinces pour être exposé à la curiosité publique.

Lithotritie. — M. Leroy d'Étiolles lit un mémoire ayant pour titre: *De la supériorité du procédé de l'écrasement de la pierre par pression, et surtout par percussion, sur le procédé des perforations successives employé à l'hôpital Necker.* Il résulte des faits contenus dans ce mémoire que, sur quinze malades que l'auteur a opérés par l'écrasement, quatorze ont été guéris avec une promptitude très-grande; aucun n'a succombé. M. Leroy compare ces résultats avec ceux obtenus par le procédé des perforations successives, lequel, d'après le rapport fait à l'Institut, n'a produit à l'hôpital Necker, pendant les deux dernières années, que vingt-sept guérisons sur quarante-trois applications. M. Leroy fait observer que la préférence qu'il donne au procédé de la percussion, est désintéressée, puisqu'il a eu beaucoup plus de part à l'invention du procédé de la perforation qu'à celui de la percusssion, qu'il a cependant aujourd'hui adopté comme préférable.

Séance du 12 août. — Monstruosité par diplogénèse. — M. Serres annonce dans une lettre la mort de l'enfant hétéradelphe dont la description avait été donnée par M. Scoutetten, et adresse le procès-verbal de l'autopsie qui en a été faite par M. le docteur Salle, chirurgien de l'hôpital de Châlons. On voit, dit M. Serres, par la description de M. Salle, que l'encéphale parasite était uni à sa sœur par deux artères principales: une, qui était la continuation de la mammaire interne gauche, produisait les deux artères brachiales; l'autre, qui partait du tronc cœliaque, donnait naissance aux vaisseaux qui se distribuaient au bassin et aux cuisses de l'enfant surnuméraire. Ces faits, ajoute cet académicien, confirment ceux que j'ai décrits dans l'anatomie des hétéradelphes et dans celle de *Ritta-Christiana*, mais ils s'en écartent par une particularité qui, si elle était bien constatée, mériterait toute

l'attention des anatomistes : M. Salle dit n'avoir trouvé aucun vestige de veines dans l'organisation de l'acéphale.

— M. Flourens est élu secrétaire perpétuel pour la division des sciences physiques, en place de M. Dulong, qui s'est démis.

Barégine, matière grasse des eaux minérales. — M. Longchamp lit un mémoire sur une substance azotée à laquelle il donne le nom de *barégine*, substance qui existe dans les eaux thermales sulfureuses, et qu'on désigne habituellement sous le nom de matière grasse des eaux minérales. Dans son plus grand état de pureté, cette substance ressemble à une gelée de pied de veau. Elle est incolore, inodore, inaltérable à l'air. Elle contient 0,98 d'eau et 0,02 de matière solide. Elle exige, pour se dissoudre, au moins cent mille parties d'eau, à laquelle, malgré cette faible proportion, elle donne une viscosité sensible. Elle est très-peu soluble dans les acides nitrique, muriatique et acétique; elle est également peu soluble dans les alcalis caustiques. Desséchée et soumise à la distillation, elle donne de l'huile, du carbonate d'ammoniaque, et laisse une grande quantité de charbon difficile à incinérer. Elle existe dans les eaux thermales, où elle présente différentes nuances de gris; on l'en sépare au moyen de l'évaporation. Lorsqu'une eau thermale s'écoule à l'air, la barégine ne se présente plus en gelée, mais en longs filamens blancs qui se colorent en vert, quand l'eau où ils se forment rencontre un filet d'eau ordinaire. A l'état de gelée, la barégine n'éprouve aucune coloration par le contact de l'air. Du moins, sous l'influence de cet agent, elle est restée incolore, tandis qu'elle s'est successivement colorée et décolorée vers la partie inférieure du vase qui la contenait, et dans une épaisseur de 10 lignes. Suivant M. Longchamp, les caractères de la *barégine* la rapprochent de la fibrine; car elle est, comme cette dernière, absolument insoluble dans l'eau, très peu soluble dans les alcalis et les acides à la température ordinaire; enfin, elle se conduit de la même manière, quand on la traite par l'acide nitrique bouillant, et donne les mêmes produits, de l'acide oxalique et de l'amer de Welther.

Affections calculeuses. — M. Civiale lit des recherches statistiques sur l'affection calculeuse. Les résultats de ses recherches, embrassant 1,881 cas observés dans différentes localités, le conduisent aux conclusions suivantes : 1.° le nombre des enfans attaqués de la pierre est beaucoup plus grand qu'on ne le suppose communément, puisque sur 1,881 malades, 1,126 sont au-dessous de quatorze ans; 2.° le nombre des malades ayant des calculs dans l'urètre est aussi beaucoup plus considérable qu'on ne l'admet généralement; 3.° dans beaucoup de localités, la difficulté que rencontrent les malades pour se procurer du soulagement, et la terreur que leur inspire la taille font qu'ils gardent leur pierre, et beaucoup meurent sans même que la présence des calculs ait été constatée;

4.° la mortalité, par suite de l'opération, est beaucoup plus considérable encore qu'on ne le pense. Sur 1,644 opérations, dit en terminant M. Civiale, on trouve 1,276 guérisons et 234 morts, si l'on défalque du nombre des malades opérés 39 cas dans lesquels la pierre était engagée dans l'urètre. Maintenant, si l'on se rappelle qu'environ les deux tiers des malades opérés sont des enfans chez lesquels les chances de guérison sont au moins doubles, on verra combien sont inexactes les données fournies par quelques auteurs modernes.

Séance du 19 août. — M. Civiale termine la lecture de ses recherches sur les maladies calculeuses. La dernière partie se compose de remarques générales déduites de l'ensemble des faits exposés dans les parties précédentes. Nous nous contenterons de reproduire une réflexion qui est applicable à beaucoup de travaux de statistique. « L'expérience, dit M. Civiale, en parlant des succès que certains praticiens se vantent d'avoir obtenus à l'aide de méthodes particulières, l'expérience a montré un grand nombre de fois qu'on pouvait opérer beaucoup de malades sans en perdre un seul, tandis que dans d'autres circonstances on les perdait presque tous. »

— M. Gerdy a été nommé professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris. Peu de nominations ont été accueillies par autant d'applaudissemens. Ce resultat d'un concours fort et brillant, où le choix entre de dignes compétiteurs a été difficile, démontrerait tous les avantages de l'institution, s'il en était encore besoin. M. Gerdy, sur qui ne se portait aucune prévision de succès avant les épreuves, leur doit uniquement l'avantage qu'il a remporté.

— M. Ferrus, médecin chargé du service des aliénés à l'hospice de la Vieillesse (hommes), commencera un *cours de médecine clinique sur les maladies du systême nerveux*, le lundi 9 septembre à 3 heures de l'après-midi, rue de l'Ecole de Médecine, N.° 11, amphithéâtre N.° 3, et le continuera pour la partie théorique dans le même local, et pour les leçons cliniques à l'hospice de la Vieillesse (Bicêtre.)

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur la nature et le siège de l'hystérie et de l'hypochondrie, et sur l'analogie et la différence de ces deux maladies ; par J. L. Brachet, *médecin de l'Hôtel-Dieu et de la prison de Roanne de Lyon, etc.*, etc. Paris, 1832 ; *in*-8.°, *p.* 178. Chez Gabon.

Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie; par E. Frédéric Dubois (*d'Amiens*), *docteur en médecine, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris. Ouvrage couronné par la Société*

royale de Médecine de Bordeaux. Paris, 1833; *in*-8.° *de* 550 *pages*. Chez Deville-Cavellin.

Ces deux ouvrages ont été entrepris pour repondre à la question suivante proposée par la Société royale de Médecine de Bordeaux : « *Examiner comparativement les diverses opinions émises sur la nature, l'étiologie, la symptomatologie, le pronostic et la thérapeutique de l'hystérie et de l'hypochondrie, et faire ressortir l'identité ou les différences de ces deux maladies.* »

M. Brachet divise son travail en trois sections : la première traite de *l'hystérie*; la seconde, de *l'hypochondrie*; la troisième, de *l'analogie et différence de l'hystérie et de l'hypochondrie*.

Le premier chapitre porte pour titre : *Nature et siège de l'hystérie*. M. Brachet se borne à y reproduire les opinions des auteurs sur le siège et la nature de cette maladie.

Dans le deuxième chapitre, intitulé : *Etiologie*, M. Brachet abandonne cette marche, et sans reproduire le tableau de toutes les causes physiques et morales, hygiéniques et morbides, capables d'occasionner l'hystérie, il se borne à faire remarquer que chaque auteur a fixé principalement son attention sur celles des causes qui se trouvent en rapport avec la théorie qu'il a adoptée sur la nature de l'hystérie.

M. Brachet continue la même marche dans son chapitre III, intitulé : *Symptomatologie*. Ce n'est point à l'énumération de tous les symptômes qui ont été observés dans l'hystérie, que ce chapitre est consacré; c'est aux explications que les auteurs ont données de ces phénomènes, parce que ces explications sont fondées sur la nature supposée de la maladie.

Dans le chapitre IV, consacré au *pronostic*, M. Brachet émet cette opinion : que rappeler les paroles de chaque auteur pour faire connaître la manière dont il a jugé le degré de gravité dans l'hystérie, entraînerait dans une série de répétitions d'autant plus ridicules qu'elles seraient inutiles à la solution de la question. Lorsque l'hystérie est idiopathique, simple et récente, on peut espérer de la guérir; lorsqu'elle est symptômatique, compliquée ou chronique, on ne doit guère se bercer de cette espérance.

M. Brachet, dans son chapitre V consacré à la *thérapeutique*, ne veut ni tracer un plan de traitement méthodique, ni faire l'historique des différentes méthodes, ni donner l'énumération de tous les moyens conseillés, mais bien étudier l'influence que les différentes opinions ont exercées sur la thérapeutique de l'hystérie.

L'opinion qui fait de la matrice un animal dans un autre animal a donné l'idée d'arrêter les crises hystériques en comprimant le bas-ventre pour faire rentrer la matrice dans le bassin et l'y maintenir.

Ceux qui ont cru que l'hystérie était due à la non satisfaction des

désirs vénériens ont conseillé le mariage, la titillation du clitoris.

Ceux qui ont placé le siége de l'hystérie dans l'encéphale ont conseillé les distractions.

Ceux qui ont regardé l'hystérie comme une affection partielle ou générale du système nerveux ont conseillé les calmans physiques, moraux, intellcetuels, pharmaceutiques. Pomne a été trop loin dans l'emploi des bains et de l'eau de poulet; M. Villermay donne les préceptes les plus judieieux.

Dans sa *deuxième section*, M. Brachet suit, pour l'*hypochondrie*, exactement la même marche que dans l'hystérie. Ainsi, dans son chapitre I.er : Opinion des auteurs sur la nature et le siége de l'hypochondrie; dans son chapitre II : Réflexions analogues à celles qu'il a faites sur l'étiologie de l'hystérie; dans son chapitre III : Influence des opinions des auteurs sur le choix, l'énumération, la manière d'envisager les symptômes de l'hypochondrie; dans le chapitre IV : Analyse du pronostic porté par les auteurs sur cette maladie; dans le chapitre V : Influence que les opinions des auteurs ont exercée sur la thérapeutique de l'hypochondrie.

La *troisième section*, qui est la partie la plus importante du travail de M. Brachet, se divise en trois chapitres.

Dans le premier, l'auteur recherche le siége et la nature de l'hystérie; cette affection peut avoir son point de départ dans tous les organes, cerveau, utérus, estomac, foie, rate, etc., diversement altérés; mais c'est dans les nerfs cérébraux qu'est le siége de la maladie. Tous paraissent également affectés. Si le nerf de la huitième paire joue un plus grand rôle, cela tient bien plus au nombre des organes auxquels il se distribue et à l'importance de leurs fonctions, qu'à la plus grande fréquence ou à la spécialité. L'affection de ces nerfs consiste dans un mode particulier d'excitation. M. Brachet propose de nommer l'hystérie *névrospasmie-cérébrale*.

Dans le chapitre II, M. Brachet prétend que l'observation des auteurs et la nature des faits lui permet, 1.° de regarder l'hypochondrie comme n'ayant son siége dans aucun des organes principaux de l'économie, cerveau, foie, estomac, rate, etc., au moins à son début et pendant long-temps; 2.° d'en placer le siége dans les nerfs, puisque tous les actes morbides s'opèrent sous leur dépendance; 3.° de regarder les deux systèmes comme spécialement affectés; 4.° de voir dans la manière dont ils sont affectés, moins une irritation qu'un désordre, une viciation, une aberration de fonction. M. Brachet propose en conséquence de nommer l'hypochondrie, *Névrataxie cérébro-ganglionaire*, expression qui indique que ce sont les nerfs qui sont malades, qui spécifie leur mode d'affection, l'*ataxie*; qui indique en un mot l'*ataxie des nerfs cérébraux et ganglionaires*.

Le chapitre III renferme LA CONCLUSION de M. Brachet : il ne peut

donc pas y avoir identité d'affection ni de siége entre l'hystérie et l'hypochondrie, puisque l'une est une affection spasmodique du système nerveux cérébral seulement, et que l'autre est une ataxie des deux systèmes. Ainsi, 1.° il n'y a pas identité entre l'hystério et l'hypochondrie; 2.° ces deux maladies diffèrent, par leur siege et par le mode d'affection, par conséquent par la forme des phénomènes, qui sont des *spasmes* dans l'une, et des *viciations* dans l'autre.

Nous croyons que M. Brachet, au lieu de chercher à prouver la différence des deux maladies dont il avait à s'occuper, par une différence de siége qui est le point en litige et l'inconnu du problème, aurait peut-être pris une base plus solide en faisant ressortir cette différence, de l'examen comparatif et raisonné des causes et des symptômes, objets bien connus et sur lesquels tout le monde est d'accord. C'était, ce nous semble, un moyen de jeter encore quelque jour sur le siége du mal, objet qui sera long-temps en contestation. C'est le plan qu'a suivi son compétiteur auquel a été adjugé le prix, et dont nous allons maintenant examiner le travail.

Après avoir jeté un coup-d'œil sur l'état actuel de la médecine, M. Dubois passe à la différence des causes de l'hystérie et de l'hypochondrie.

L'hypochondrie règne dans les régions tempérées et dans les régions froides et humides, parce que, dès que l'homme y est au-dessus des premiers besoins de la vie, son entendement y reçoit un haut degré de culture et d'activité, et se prédispose aux lésions morales. L'hystérie, au contraire, mode vicieux d'innervation, se montre plutôt dans les climats chauds qui favorisent si puissamment le développement des constitutions nerveuses.

Si le gouvernement *politique* a une influence remarquable sur l'hypochondrie, le gouvernement *domestique* n'a pas moins d'effet sur l'accroissement de l'hystérie, et, toutes choses égales d'ailleurs, plus ce dernier gouvernement sera relâché, plus les femmes hystériques seront nombreuses.

En fait de croyances religieuses, le sensualisme dispose à l'hypochondrie, le mysticisme à l'hystérie.

De l'observation attentive des symptômes de l'hypochondrie et de l'hystérie aurait dû résulter une idée-mère, savoir : que les causes de l'hypochondrie s'adressent plus particulièrement à l'esprit, et indirectement aux organes, tandis que les causes de l'hystérie s'adressent dans le plus grand nombre des cas directement aux organes.

La civilisation ne prédispose pas également à l'hypochondrie et à l'hystérie. Ce qui tend à modifier l'esprit contribue au développement de la première. Ce qui tend à développer un système particulier d'organes, au développement de la seconde.

L'hypochondrie n'est point ordinairement héréditaire; l'hystéric 'est souvent.

Pour que l'hystérie développe l'appareil complet de ses symptômes, il faut que la vitalité des organes qui en sont le siége soit viciée: or, cette vitalité, spéciale dans la femme, est surajoutée, pour ainsi dire, à son organisation; ses phénomènes commencent plus tard, et finissent plutôt que ceux de la vie générale. Ainsi, Démocrite n'avait point tort d'écrire à Hippocrate que l'hystérie devait être rapportée au système utérin; aussi, lorsque ce système est devenu nul dans l'économie de la femme, elle n'est plus apte à devenir hystérique, et se rapprochant de la nature de l'homme, elle peut devenir hypochondriaque.

Le tempérament n'a qu'une influence équivoque sur le développement de l'hypochondrie, tandis que l'hystérie trouve la plus forte prédisposition dans la constitution nerveuse.

L'observation et le raisonnement ne prouvent pas que les divers genres d'alimentation aient une influence bien marquée sur le développement de l'hypochondrie, tandis que la constitution nerveuse, déjà étroitement liée aux accidens hystériques, s'y trouve bien plus fortement prédisposée par des écarts de régime, en plus comme en moins, chez les femmes qui vivent dans l'oisiveté.

Sous le rapport des passions considérées comme causes de l'hypochondrie et de l'hystérie, il existe cette différence remarquable, que les personnes, jadis passionnées pourront, lorsque les passions qui les attachaient au dehors d'elles-mêmes sont éteintes, devenir hypochondriaques. Les passions n'ont été pour elles que des causes véritablement éloignées; aussi les personnes qui n'ont pas de passions, c'est-à-dire les égoïstes, peuvent aussi et plus souvent encore tomber dans l'hypochondrie par l'effet des causes déterminantes qui seront indiquées plus tard; l'hystérie, au contraire, est fréquemment préparée et encore plus fréquemment déterminée par les passions en général, et surtout par les passions dont l'action est vive et brusque.

La masturbation est une cause d'hypochondrie en ce sens qu'un malade peut toujours s'appuyer sur cette circonstance pour se confirmer dans les idées erronées qu'il a sur sa santé; mais cette cause n'est pas aussi puissante et aussi fréquente qu'on le dit : long-temps continuée, elle pourrait disposer de fort loin aux affections hypochondriaques, par les pratiques solitaires qu'elle entraîne, les réflexions *de pertes de semence*, de *tempérament ruiné*, etc., qu'elle éveille, et enfin parce qu'elle fait que ces individus *s'occupent* continuellement de leurs propres organes, d'abord par l'attrait de la curiosité et du plaisir, et plus tard par repentir et par crainte.

Au contraire, l'habitude de la masturbation est une des causes les plus évidentes de l'hystérie; elle s'adresse directement aux organes.

Pour ce qui est des idiosyncrasies, il y en a une pour l'hypochondrie : elle est morale; une pour l'hystérie; elle est nerveuse.

Ici finit l'énumération des causes occasionnelles. Susceptibilité mo-

rale, susceptibilité nerveuse ou prédisposition hypochondriaque, prédisposition hystérique, voilà ce que l'influence de ces causes a amené et établi dans l'économie animale.

Si M. Dubois eût, en écrivant, tenu plus de compte de la physiologie du cerveau, il eût vu que ce qu'il nomme susceptibilité morale et susceptibilité nerveuse, découlent de l'organisation. Je ne veux pas dire par là qu'il n'y ait pas une différence de causalité. Certes, il y en a, et M. Dubois a parfaitement raison; mais dire, comme il le répète à chaque ligne, que la série des causes qui prédisposent à l'hypochondrie, s'adresse à quelque chose d'immatériel, et que la série des causes qui prédisposent à l'hystérie, s'adresse à quelque chose de matériel, c'est user d'un langage qui sera difficilement admis aujourd'hui. Si M. Dubois eût dit: les causes prédisposantes de l'hypocondrie agissent sur la matière nerveuse affectée à la manifestation de l'intelligence, les causes prédisposantes de l'hystérie agissent sur une autre portion de matière nerveuse affectée à la manifestation des qualités affectives, cette manière de parler aurait peut-être un sens plus physiologique. Le spiritualisme pur de M. Dubois n'a pas au reste empêché qu'il n'ait analysé avec une savante et rare sagacité, ce qui dans les causes prédisposantes appartient à l'hystérie, et ce qui appartient à l'hypochondrie.

Les causes déterminantes sont divisées en deux ordres: *causes déterminantes générales*; celles qui, trouvant une prédisposition établie, déterminent presque toutes les maladies connues; variations atmosphériques, répercussions d'exanthème, etc., etc.; causes enfin dont le mode d'action n'est pas plus en rapport avec le développement de telle maladie que de telle autre; mais qui trouvant déjà en quelque sorte tous les élémens d'une maladie ne font que la déterminer *fortuitement*; *causes déterminantes spéciales*, celles qui amènent plus particulièrement tel ordre de maladies que tel autre. C'est dans cette classe qu'on retrouve des différences pour les deux maladies; ces causes conservent dans leur action un caractère de spécialité.

Les émotions morales, vives, profondes et instantanées, celles qui s'adressent à tout le système sensitif, qui impressionnent l'homme dans tous ses organes, que l'ame n'a pas eu le temps de percevoir, qui ont enfin plus de rapport avec l'innervation qu'avec l'intelligence, sont des causes déterminantes de l'hystérie, tandis que leur influence n'est pas marquée sur le développement immédiat de l'hypochondrie.

Les veilles opiniâtres, les excès d'études, sont plutôt des causes prédisposantes de l'hystérie que des causes déterminantes.

La suppression des règles est une cause générale.

La lecture des livres de médecine, regardée comme une cause d'hypochondrie, est de nul effet sur l'hystérie, à moins qu'on ne

veuille appeler *livres de medecine* certains romans physiologiques propres seulement à polluer l'imagination des jeunes gens.

Dans la prédisposition à l'hystérie, les femmes peuvent être *instruites* sans dangers ; mais ne peuvent être *émues* impunément.

L'oisiveté, la perte de la beauté peuvent déterminer l'hypochondrie ; il en est de même des *soins excessifs* sur l'état de leur santé dont on entoure certaines gens. Le genre de soins qui cause l'hystérie est celui qui amollit les constitutions nerveuses.

La fréquentation habituelle des hypochondriaques peut amener l'hypochondrie ; ce n'est pas la fréquentation des hystériques, mais la *première vue* d'une hystérique dans son accès, qui peut causer l'hystérie.

Passons à la SYMPTOMATOLOGIE : il y a trois périodes bien franches dans le cours de l'hypochondrie. Dans la première période, il n'y a que direction ou application vicieuse des facultés intellectuelles à l'occasion et sous l'influence des causes ci-dessus énumérées ; dans la seconde période, il y a névrose de divers organes, mais plus particulièrement des organes abdominaux ; dans la troisième période enfin, il y a de nombreuses altérations organiques. Dans l'hystérie, il n'y a que deux degrés bien distincts : ce n'est plus l'homme qui, par une funeste et pénible concentration de ses forces mentales, fait naître, en quelque sorte, des altérations dans ses propres organes ; c'est sous l'influence immédiate des agens extérieurs, que des désordres fonctionnels se développent dans l'économie ; il y a un premier degré caractérisé par des phénomènes d'un ordre particulier, phénomènes d'une intensité médiocre, mais suffisamment constatés, et un second degré marqué par le développement de phénomènes violens et suscités par de nouvelles puissances.

Quelle que soit la violence des causes déterminantes de l'hypochondrie, l'invasion de cette maladie n'est *jamais* brusque, et lorsqu'on a cru trouver, dès le principe, tous les caractères d'une vive affection nerveuse des viscères abdominaux, de deux choses l'une, ou on n'a pas assisté aux phénomènes qui ont précédé cet état, ou on n'en a tenu aucun compte, ce qui arrive souvent, car presque tous les malades, malgré leurs plaintes amères, présentent, dans les premiers temps, tous les attributs d'une parfaite santé.

Au contraire, l'invasion d'une véritable attaque hystérique est subite ; ses phénomènes sont de courte durée.

Le DIAGNOSTIC de l'hypochondrie au premier degré se tire de la manière actuelle de sentir du malade, de l'aspect sous lequel il considère les choses, de ses façons de s'exprimer sur tout ce qu'il a éprouvé.

Le *diagnostic particulier* des organes, c'est-à-dire, des maladies nées ou entretenues sous la dépendance de l'hypochondrie, consiste à établir si ces organes sont névroses ou altérés dans leur texture, quels sont ceux qui souffrent réellement.

Les douleurs de la région épigastrique chez les hypochondriaques se distinguent de la gastrite chronique, par le besoin d'alimens, par la non augmentation des douleurs après l'ingestion de substances irritantes, par la continuation des désordres fonctionnels du tube digestif, malgré l'observation de la diète.

Les palpitations des hypochondriaques se distinguent de celles qui sont liées à une affection organique, en ce que, malgré leur intensité effrayante, la dyspnée n'est jamais très-considérable, en ce que la face est très-rarement bouffie, et en ce qu'une intermittence plus ou moins longue succède *toujours* aux paroxysmes.

Les douleurs de tête des hypochondriaques se distinguent de celles qui sont sympathiques des affections gastro-intestinales en ce que celles-ci sont sus-orbitaires, et que les premières occupent des points très-variables. On sera convaincu que les douleurs ne tiennent point à l'altération locale du cerveau si elles se sont montrées sous l'influence de l'état hypochondriaque, si elles persistent sans désordres, sans malaises dans une partie du corps.

Dans la troisième période de l'hypochondrie, la modification morbide n'a pas seulement porté sur les fonctions ou sur le mode de sensibilité et de contractilité des organes, mais bien sur leur composition matérielle; ainsi, ce sont des lésions organiques de l'estomac, des intestins, du foie, de la rate, etc., déterminés à la fois par les modificateurs sympathiques de l'estomac, c'est-à-dire les inquiétudes morales, l'anxiété, la tristesse, etc., et par les modificateurs directs: régime intempestif, médicamens stimulans, etc.; ce sont des lésions organiques des organes de la circulation : péricardites, latentes et partielles, hypertrophies de la substance charnue du cœur, tubercules à divers états, disséminés dans le parenchyme du poumon, etc.

Après avoir tracé les trois périodes de l'hypochondrie, M. Dubois établit six variétés de cette affection, rangées suivant l'ordre de leur fréquence, ayant pour bases les organes que désignent d'ordinaire les hypochondriaques, dans l'élection qu'ils font d'une maladie. Ainsi: 1.° *Monomanie hypochondriaque*, désordres de l'intelligence, ayant pour objet la santé des viscères abdominaux. 2.° *Monomanie pneumo-cardiaque*, ayant pour objet les organes contenus dans le thorax. 4.° *Monomanie encéphaliaque* dans laquelle les malades placent leurs douleurs dans l'intérieur du crâne. 4.° *Monomanie asthéniaque* dans laquelle les malades, quoique très-robustes, accusent une faiblesse imaginaire, affirment que leurs jambes *ne les soutiendraient* pas, *se sentent dépérir*. C'est parmi ceux-ci que se trouvent ceux qui se sont autrefois livrés à la masturbation, qui ont eu des maladies vénériennes. J'ai été souvent consulté par un malade de cette espèce, auquel, en l'arrachant cinq minutes à ses idées de faiblesse, je fis lever à l'extrémité du bras et avec une extrême facilité, un poids de 74 livres. Il eut

porté 1500 livres sur son dos. 5.° *Monomanie nostalgiaque*, roulant sur le regret du pays natal. 6.° *Monomanie hydrophobiaque*, variété terrible, heureusement fort rare, dit M. Dubois, qui ne paraît en avoir trouvé d'exemple que dans les auteurs. Comme j'en possède un suivi de guérison, peut-être ne trouvera-t-on pas mauvais que je mentionne ici, en deux mots, cet exemple et le moyen employé : M. A. D.***, homme de lettres, ancien officier de la jeune garde, âgé de 30 ans, d'une forte constitution, d'un caractère assez porté à voir tout en noir, fait au café Voltaire une partie de domino. Un petit chien passe près de la table où joue M. D.***; celui-ci lui donne un morceau de sucre qu'il destinait à son café. Le chien le flaire et le refuse. M. D.***, occupé de son jeu, mange le sucre et continue sa partie. « Si ce chien était enragé, lui dit en plaisantant son partenaire? » M. D.***, rentre chez lui, en proie à l'horrible idée qu'on vient de lui suggérer; le lendemain et chaque jour, on envoie, pour le tranquilliser, s'informer de la santé du chien, qui se porte à merveille; mais tout est inutile, l'idée persiste. On m'envoie chercher. Pour tout remède, je fais lever le malade et l'amène chez moi manger des huîtres qu'il accompagne de quelques verres de vins fort bien bu, sans spasmes du pharynx; je le distrais le reste du jour; mais à peine l'ai-je quitté, que les idées reviennent. Bien convaincu que le chien se porte bien, M. D.*** n'en croit pas moins avoir tous les symptômes précurseurs de la rage, parce qu'il a lu dans des livres de médecine que la rage se développe spontanément et par la seule force de l'imagination. M. Esquirol vient, sur ma demande, voir ce malade, remonte son courage, en lui disant qu'il est impossible qu'il ait lu ce qu'il avance, et qu'en tout cas l'assertion est fausse; cet habile et bienveillant praticien conseille une application de 50 sangsues à l'anus, suivie de l'administration d'une émulsion d'huile de ricin, et m'affirme que la maladie va cesser au bout de peu de jours. Son pronostic se réalise en effet, et bientôt M. D.*** plaisante lui-même sur ce qu'il appelle sa *singulière folie*.

Nous croyons que les variétés admises par M. Dubois sont loin de comprendre tous les cas d'hypochondrie, et que d'ailleurs les malades passent souvent d'une variété à l'autre.

La *symptomatologie* de l'hystérie est traitée avec le même talent que celle de l'hypochondrie; elle est terminée par un tableau comparatif des symptômes de ces deux maladies dont l'auteur fait une double et succincte récapitulation générale, en les plaçant en regard, afin de faire mieux sentir toute l'opposition de ces symptômes, et dans leur mode de développement, et dans la nature des lésions qu'ils indiquent.

Après ce tableau, l'auteur traite des *terminaisons* de l'hypochondrie et de l'hystérie. Les terminaisons fâcheuses de la première affection, citées par les auteurs, c'est-à-dire les lésions organiques, sont moins des terminaisons que des affections secondaires, toujours sous la dépen-

dance de l'hypochondrie. Les terminaisons fâcheuses de l'hystérie, citées par les auteurs, c'est-à-dire les paralysies partielles, complètes ou incomplètes, les rétractions spasmodiques, les tremblemens, les tics, etc., sont moins des terminaisons que des *accidens* amenés par la violence des attaques, mais tout-à-fait en dehors de la maladie.

Dans le chapitre intitulé : NATURE ESSENTIELLE, M. Dubois reproduit sur le siége des deux maladies, l'opinion de grand nombre d'auteurs anciens et modernes, les interprète, les discute, les juge, puis émet la science que nous citerons textuellement, dans la crainte de faire tort à l'auteur, en la présentant inexacte ; car, avouons le, ce point ne nous a pas paru aussi lumineux que le reste de l'ouvrage.

Ainsi donc, pour ce qui a rapport à l'HYPOCHONDRIE, après avoir rejetté l'opinion de Georget, qui établit que cette maladie est primitivement une affection du cerveau, M. Dubois s'exprime ainsi :

« Les premiers symptômes de l'hypochondrie, les seuls symptômes constans, enfin, les symptômes caractéristiques, viennent de l'état de l'intelligence. C'est une vérité fondamentale que nous avons suffisamment établie.

« Dans l'hypochondrie, le principe intellectuel n'est pas malade, et pour le dire en passant, il est impossible d'admettre qu'il puisse jamais le devenir. C'est donc à tort qu'on a soutenu que parfois la folie consiste dans une *maladie de l'âme* ; c'est une erreur : ou l'âme existe par elle-même, tout en se manifestant par les actes du cerveau, ou elle est un produit du cerveau. Si elle existe par elle-même, et c'est notre opinion, elle ne peut être malade, c'est une conséquence de son immatérialité ; si elle est un produit du cerveau, un produit ne peut être malade, ce serait alors le cerveau qui serait uniquement affecté. . . . . Dans l'hypochondrie, le cerveau et ses annexes ne sont jamais primitivement altérés : on ne peut pas non plus supposer qu'ils soient irrités idiopathiquement ou sympathiquement. . . . .
« L'hypochondrie dépend d'*une manière de penser*, nullement amenée, provoquée ou déterminée par une lésion de texture des organes encéphaliques. »

Résumons tout ceci : Hypochondrie, dérangement de l'intelligence, sans dérangement du principe immatériel qui, suivant M. Dubois, produit cette intelligence, ni du cerveau qui la produit, suivant les physiologistes.

Si M. Dubois ne se contredisait pas lui-même en venant de dire qu'un *produit* ne peut pas être malade, je pourrais encore interpréter son opinion, en disant : l'intelligence est dérangée sous l'influence de causes extérieures sans altération du cerveau, de la même manière que la circulation est dérangée par des émotions morales, sans que le cœur soit pour cela malade.

Quant à l'HYSTÉRIE, M. Dubois place son point de départ dans l'utérus. Cet organe est atteint d'une simple irritation nerveuse, qui réagit sur l'axe cérébro-spinal, et par sa violente influence, tantôt exalte les facultés morales et tantôt suspend les opérations de l'intellect, suscite sympathiquement des convulsions dans les grands muscles de la locomotion, etc. Il est reconnu que loin d'être enflammée dans l'hystérie, la matrice n'est pas même douloureuse.

M. Dubois n'a pas prouvé, pour nous au moins, que les causes et la succession des phénomènes de l'hystérie établissent le point de départ de cette maladie dans l'utérus. Les causes nous paraissent cérébrales, c'est-à-dire, influençant primitivement et directement l'encéphale qui réagit ensuite sur l'axe spinal, etc., comme l'a dit M. Dubois, et produit tous les phénomènes qu'il a si parfaitement exposés.

Pour ce qui est du TRAITEMENT, celui de *l'hypochondrie* sera différent, suivant les trois périodes de la maladie. Dans la première, il sera tout moral, tout intellectuel.

Dans la seconde période, le traitement intellectuel sera combiné avec une médication propre à arrêter les névroses digestives, circulatoires, etc.

Dans la troisième, le traitement *intellectuel* sera combiné avec le traitement des lésions organiques.

Le traitement de *l'hystérie* est aussi philosophiquement tracé que celui de l'hypochondrie. Perdant tout-à-fait de vue cette opinion, qui établit le point de départ de l'hystérie dans l'utérus, M. Dubois avoue que ce traitement consiste à remplacer les impressions qui excitent le système nerveux par l'exercice musculaire et tous les moyens hygiéniques propres à fortifier la constitution. C'est ici proprement une question d'éducation physique. On parle à l'esprit par le moyen des idées; c'est par cette voie qu'on entre dans le traitement de l'hypochondrie; on agit sur l'innervation générale, en modérant ou changeant la nature des impressions et par suite des sensations, et c'est ainsi qu'on peut aborder le traitement de l'hystérie. » M. Dubois a parfaitement raison, et toutes les médications dirigées sur l'utérus ne valent pas ce précepte. « Ici donc, continue M. Dubois, il n'y a plus certaines idées à ménager, certaines préventions morales à respecter, le tout pour s'insinuer dans l'esprit des malades et pour obtenir leur confiance; il faut immédiatement rompre avec tout ce qui tend à vicier le système nerveux. Pour guérir l'esprit, on le ménage, on parlemente en quelque sorte avec lui; pour guérir des organes, on les soustrait immédiatement à l'influence des causes morbifiques. » On voit dans tout ceci qu'il n'est plus question d'utérus. En vérité, M. Dubois semble n'avoir laissé subsister dans son livre cette opinion ancienne que l'utérus est le siège de l'hystérie, que parce qu'après avoir dit :

l'hypochondrie est une maladie de *l'esprit*, il n'a pas ösé pousser plus loin et dire : l'hystérie est une maladie du *cœur*.

Résumons maintenant ce que nous avons à dire sur le livre de M. Dubois; nous n'y avons trouvé que denx points à reprendre : le premier, d'avoir traité avec trop peu de convenance, trop peu d'attention ou d'avoir tout-à-fait négligé quelques auteurs contemporains; le second, d'avoir inutilement introduit dans son livre, une opinion qui n'est plus de mise aujourd'hui. Il y a peu de convenance à dire à M. Brachet, par exemple, dont M. Dubois élude l'objection. « Ces décisions viennent d'un homme qui, plus sage jusque là, s'était borné à *méditer sur les bandages à extension permanente*, etc., etc... *Il a attaqué mon ouvrage d'une manière tellement inepte, que j'ai dû le stygmatiser comme il le mérite.* » Il n'y a guère plus de convenance à demander à l'honorable et excellent M. Louyer Villermay : « Qu'est-ce qu'une affection nerveuse qui paraît résider dans une manière d'être du système nerveux qui vivifie les organes digestifs ? » Comme si M. Dubois était inattaquable sur la définition du même objet, et que l'observateur distingué, qu'il interpelle, ne pût à son tour lui demander « qu'est-ce qu'une affection de l'intelligence dans laquelle, ni le principe de l'intelligence, ni le cerveau, ni son produit, ne sont malades ? » Il y a par trop peu d'attention à dire de Georget : « Une seule chose pourra nous étonner, quand nous aurons examiné ses remarques sur l'état moral : c'est qu'il n'a pas vu que *tous* les autres symptômes n'ont pas d'autre point de départ dans cette maladie. » Mais c'est précisément là ce que Georget a parfaitement vu, ce qu'il a tant répété, ce qu'il a tout-à-fait mis hors de doute; c'est même uniquement pour établir ce point, qu'il a écrit sur l'hypochondrie. Seulement, partout où M. Dubois dit : *esprit; moral*, *âme*, Georget dit : *cerveau*, *encéphale*, *matière*, ou se sert indifféremment, et *en y attachant le même sens*, des expressions des gens du monde et des expressions physiologiques. Enfin il y a au moins de la négligence à ne pas savoir que personne n'admet plus aujourd'hui ces opinions surannées, qui font dépendre de tout un système organique, une disposition intellectuelle ou une qualité morale déterminée, et si M. Dubois, dont l'excellent esprit sent si bien tout ce que ces opinions ont de ridicule, n'eût pas autant négligé les auteurs qui ont traité de la physiologie du cerveau, il n'eût pas pris la peine de réfuter Cabanis sur les dispositions morales particulières, nées des tempéramens, parce que, je le répète, il n'est pas un de ces auteurs qui n'ait réfuté ces erreurs dues à Galien et auxquelles Cabanis n'a fait autre chose que prêter le charme de son style.

La seconde remarque à laquelle donne lieu le livre que nous analysons, est relative à cette opinion spiritualiste, appliquée à la nature essentielle et au siége de l'hypochondrie, opinion souvent re-

produite, quelquefois contredite, toujours soutenue sans succès, quoiqu'avec adresse, et désormais insoutenable puisqu'elle n'a pu trouver de passeport dans le talent de M. Dubois. Cette opinion, n'oublions pas de le dire, est la source unique du peu qui dans son travail prête à la critique, car elle est la cause première de la légère imperfection que nous avons d'abord signalée, comme elle l'est, de plusieurs propositions inadmissibles, telles que celles-ci et bien d'autres : « Il en résulte qu'on n'a jamais pu dire pour les formes physiques, ce qu'on a dit pour l'esprit, c'est-à-dire que tous les hommes naissent semblables, et que l'éducation amène entr'eux des différences. » « Rien n'est encore moins prouvé que ce système, (que les inclinations morales tiennent à l'organisation), d'où découlent des argumens si commodes pour justifier toute espèce de délit, etc. » « Roussel est tombé dans une erreur commune de nos jours : combien de physiologistes répètent que l'intelligence humaine se développe ou s'affaiblit suivant que nos organes s'affaiblissent ou s'altèrent, etc. » « L'agent des sensations et des mouvemens existe, mais il est inconnu ; on ne sait commment il éprouve des pertes, comment il les répare ; mais il est certain que tandis que tout autour de lui tombe en ruine, souvent le système nerveux reste plein de vie. » « Les fonctions de l'intelligence paraissent se soustraire à cette loi (que l'état des fonctions dépend de l'état des organes.) La masse encéphalique peut, en certains cas, être profondément désorganisée sans changement appréciable dans les opérations de l'esprit, etc. »

Disons maintenant que ces propositions mal sonnantes à des oreilles, peut-être trop matérialistes, peuvent être enlevées sans préjudice pour le fond du livre, sans avoir besoin d'être remplacées, sans l'empêcher enfin d'être complet et parfait. Oui, nous le répétons, parce que nous le pensons : *complet et parfait* (ces propositions enlevées.) L'ouvrage de M. Dubois est l'œuvre d'un grand talent; tout y est écrit de main de maître, exposé avec clarté et concision ; il est enrichi d'une érudition utile; tous les faits sont discutés, interprétés, jugés avec une rare sagacité. Il ne nous reste maintenant qu'une crainte, et nous devons en faire l'aveu, pour compenser notre rigueur à citer les passages extraits de l'article *nature essentielle*, c'est celle d'avoir fait tort aux beaux articles *étiologie*, *symptomatologie*, *terminaisons*, etc., par les citations tronquées, détachées, isolées, auxquelles nous ont réduit les bornes d'un journal, car nous croyons que rien ne peut suppléer la lecture de cet excellent livre, qui, sur le même sujet, peut au contraire suppléer beaucoup, par l'immensité des recherches exactes qu'il renferme. C. Londe.

Nouvel aperçu sur la physiologie du foie et les usages de la bile. De la digestion considérée en général; par Benjamin Voisin, *D. M., etc. Paris*, 1833, *in-8.°, p.* 147.

Il n'y a rien d'absolument neuf dans cet ouvrage, pas même les erreurs qu'il renferme ; et je serais étonné du jugement qui en a été porté dans quelques Journaux, si je ne savais qu'il est bien peu de médecins, même parmi ceux qui, la plume à la main, dispensent dans les ouvrages périodiques le blâme ou l'éloge sur les productions nouvelles, qui aient poussé leurs études en anatomie et en physiologie au-delà de ce qui était strictement nécessaire pour éviter un échec aux examens de l'École. Il n'est donc pas surprenant que certaines fautes d'anatomie contenues dans le livre de M. Voisin aient échappé à leur critique, et qu'on ait accepté comme nouvelle une opinion débattue par les auteurs du siècle dernier, et presque jugée par les expérimentateurs de celui-ci. Cette opinion, que l'auteur a développée dans une brochure in-8.° de 145 pages, est : que la sécrétion opérée par le foie est purement excrémentitielle, et que le produit de cette sécrétion, la bile, est inutile à la digestion. M. Voisin a pris pour épigraphe cette proposition de Bichat : « Le foie, outre sa sécrétion, joue dans l'économie un rôle inconnu, mais important. » C'est ce rôle inconnu qu'il s'est proposé, dit-il, de découvrir, ou au moins d'entrevoir. De bonne foi, M. Voisin a-t-il pensé que la science en était encore en 1833, au point où Bichat croyait l'avoir laissée en publiant son *Anatomie générale ?* Lorsque M. Voisin, pour rechercher si la chylification peut avoir lieu sans le secours de la bile, imaginera de lier le canal cholédoque à des animaux, devait-il ignorer que la même expérience avait été faite dans le même but par M. Brodie, qui avait cru voir la chylification arrêtée, faute de bile ; par M. Magendie, qui affirme que les lymphatiques de l'intestin renfermaient du chyle après l'expérience ; par M. Robert Mayo, dont les conclusions sont opposées à celles de M. Magendie ; par MM. Leuret et Lassaigne, qui ont non-seulement *vu*, mais *analysé* le chyle formé après la ligature du canal cholédoque ; par MM. Tiedemann et Gmelin, enfin, qui, dans la section IV (2.ᵉ partie), consacrent *soixante-douze* pages à l'examen de l'influence qu'exerce sur la digestion la ligature du canal cholédoque. La conclusion de la discussion lumineuse dans laquelle MM. Tiedemann et Gmelin sont entrés, est qu'il se fait du chyle sans le secours de la bile, et que cette dernière humeur doit être considérée en grande partie comme une *matière excrémentitielle* dont la sécrétion entretient la composition normale du sang. Cette conclusion, ils la tirent non-seulement des résultats de la ligature du canal cholédoque, de l'analyse comparative du chyle et des matières intesti-

nales chez les animaux dont le canal cholédoque avait été lié et chez ceux qui n'avaient pas été soumis à cette expérience, mais encore de considérations empruntées à l'anatomie comparée, à l'état fœtal de l'homme et des animaux, et enfin à la pathologie. La possibilité de la formation du chyle sans l'influence de la bile sur la pâte chymeuse, et l'action dépurative de la sécrétion biliaire, étaient donc des faits bien établis avant l'ouvrage de M. Voisin. Il resterait à examiner si, parce que la bile n'est pas *indispensable*, elle est *inutile* à la digestion, et si, comme l'auteur cherche à le démontrer, cette sécrétion est *purement excrémentitielle*. Le jugement porté par Haller sur cette opinion, qui n'est pas nouvelle non plus, ainsi qu'on peut le voir dans le paragraphe des *Elementa physiologiæ*, qui a pour titre : *Nùm bilis sit excrementum ?* (tom. III, p. 615), demeure encore aujourd'hui, selon moi, la meilleure réponse à opposer à ceux qui prétendent que la bile n'est qu'un excrément. « *Excrementum verò id solum rectè dixeris, quod excernitur. Bilem si natura voluisset de sanguine expurgare, effudisset in vicinia intestini recti, ne chylum suâ admistione temeraret. Sed in omnibus animalibus bilis in principium intestini adfunditur*, etc. » Je sais bien que chez certains mollusques le canal cholédoque envoie une de ses divisions près de l'anus, mais cela ne prouve pas que la branche qui se rend plus haut dans le tube digestif soit inutile à l'altération de la matière nutritive. D'ailleurs, quelle induction peut-on établir, pour l'homme, de l'organisme d'un mollusque? On ne ne saurait trop déplorer le travers d'esprit que montrent la plupart des physiologistes de notre époque, dans les applications qu'ils font de l'anatomie et de la physiologie comparées à l'anatomie et à la physiologie de l'homme. La rate manque chez certains animaux qui ont un appareil biliaire; donc elle ne concourt pas à la sécrétion de la bile; le cervelet manque chez les reptiles qui exécutent des mouvemens réguliers, ou bien ce cervelet y est rudimentaire, donc le cervelet des mammifères n'a pas d'influence sur les mouvemens. Les vers n'ont pas de bile, et cependant ils digèrent; donc chez l'homme, la bile n'a aucune influence sur l'élaboration du chyme versé dans l'intestin grêle. Rien de moins sévère que de pareils raisonnemens, car en usant de la même logique on pourrait dépouiller le cervelet, la rate, la bile, de tout autre usage qu'on aurait voulu leur reconnaître, et la conclusion rigoureuse serait que ces parties n'ont aucune utilité.

Une autre assertion de M. Voisin mérite de fixer l'attention. Cet auteur avance que ce n'est pas seulement aux dépens du sang de la veine porte que le foie sécrète la bile, mais encore aux dépens du chyle qui est *conduit au foie par les vaisseaux chylifères*. J'ai relu jusqu'à trois fois le passage où cette proposition est contenue, et j'ai vu plus loin l'auteur citer une expérience à l'appui; ainsi donc il est

positif que M. Voisin admet un système de lymphatiques qui auraient dans le foie une distribution analogue à celle de la veine porte, des vaisseaux-afférens, en un mot. J'ignore si M. Voisin a compris toute la portée d'une semblable opinion, mais assurément il a été trop modeste en se bornant, pour ainsi dire, à l'énoncer dans une brochure où cette opinion a passé inaperçue de ceux qui ont déjà rendu compte de son ouvrage sur la *Physiologie du foie*. Ce point d'anatomie et de physiologie exigeait un travail spécial, et c'était à l'Institut qu'il convenait de le présenter. Certainement la démonstration d'un pareil fait mériterait mieux à son auteur le grand prix de physiologie, que la prétendue découverte de M. Lippi. J'engage donc sérieusement M. Voisin à nous donner cette démonstration; mais j'ai bien peur qu'il n'ait fait en 1833 la même erreur d'anatomie qu'une opinion préconçue fit commettre en 1622 à Gaspard Azelli, lorsqu'il montra dans une planche les vaisseaux lactés de l'intestin grêle se dirigeant vers le foie, et leur donna pour usage de transporter le chyle à l'organe sécréteur de la bile, que l'on regardait aussi comme un organe d'hématose. L'autorité des Hunter, des Hewson, des Cruikshank, des Mascagni et de tant d'autres, ne me paraît pas ébranlée par l'expérience dans laquelle M. Voisin ayant lié le canal thoracique d'un chien au bas de la poitrine, et sacrifié l'animal quelque temps après l'avoir fait manger, a vu des lactés pleins de chyle se diriger vers le foie.

J'ai traité M. Voisin avec quelque sévérité, et cependant je fais cas de son livre. Cet auteur a rassemblé, exposé avec méthode et développé tous les argumens qu'on peut faire valoir en faveur de l'opinion que la bile n'est pas indispensable à la formation d'un liquide réparateur, et que la sécrétion biliaire est essentiellement dépuratoire. Sous ce rapport, il sera consulté avec fruit par les physiologistes. Les praticiens ne liront pas avec moins d'intérêt les nombreuses observations d'ictère que renferme cet ouvrage et les considérations qu'elles ont suggérées à l'auteur.

Bérard aîné.

FIN DU TOME SECOND DE LA DEUXIÈME SÉRIE.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES DU TOME II,

DEUXIÈME SÉRIE DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

FIN DE LA TABLE.